Aus der Abteilung Präventive Gynäkologie und Familienplanung
Ärztlicher Direktor: Professor Dr. P. A. König
der Frauenklinik der Universität Tübingen

WANDEL GEBURTSHILFLICHER UND GYNÄKOLOGISCHER PROBLEME IN DER GESCHICHTE EINER MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFT (OBERRHEINISCHE GESELLSCHAFT FÜR GEBURTSHILFE UND GYNÄKOLOGIE)

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der
Medizinischen Fakultät
(Klinische Medizin)
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von

Jutta Hiller, geb. Uschpurwies
aus Schmallenberg

1985

UBC
LIBRARY

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546514_0031

Aus der Abteilung Präventive Gynäkologie und Familienplanung
Ärztlicher Direktor: Professor Dr. P. A. König
der Frauenklinik der Universität Tübingen

WANDEL GEBURTSHILFLICHER UND GYNÄKOLOGISCHER PROBLEME IN DER GESCHICHTE EINER MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFT (OBERRHEINISCHE GESELLSCHAFT FÜR GEBURTSHILFE UND GYNÄKOLOGIE)

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der
Medizinischen Fakultät
(Klinische Medizin)
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von

Jutta Hiller, geb. Uschpurwies
aus Schmallenberg

1985

Dekan: Professor Dr. H. D. Waller
1. Berichterstatter: Professor Dr. P. A. König
2. Berichterstatter: Professor Dr. G. Fichtner

Offsetdruck Spengler
Lessingstraße 4 · 7401 Neustetten 1
Telefon (0 74 72) 2 21 45

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	1
1.1.	Medizinische und wissenschaftliche Fachgesellschaften und ihr Anliegen	
1.2.	Zur Untersuchung des Wandels gynäkologischer und geburtshilflicher Probleme in der Geschichte einer Fachgesellschaft	
2.	Geschichte der Oberrheinischen Gesellschaft	3
3.	Wandel der Tagungsthemen	20
3.1.	Geburtshilfliche Thematik	20
3.1.1.	Gestosen	20
3.1.2.	Geburtshilfliche Operationen	31
3.1.2.1.	Zangenentbindung	32
3.1.2.2.	Abdominale Schnittentbindung	34
3.1.2.3.	Vakuumextraktion	40
3.1.3.	Schwangerschaftsunterbrechung und Fehlgeburt	43
3.2.	Gynäkologische Thematik	52
3.2.1.	Sterilität	52
3.2.2.	Geschlechtskrankheiten	61
3.2.3.	Carcinome	67
3.2.3.1.	Uterus-Carcinom	67
3.2.3.2.	Ovarial-Carcinom	72
3.2.3.3.	Mamma-Carcinom	75
4.	Zusammenfassung	79
5.	Literaturverzeichnis	83

1. EINLEITUNG

Medizinische wissenschaftliche Fachgesellschaften sind Vereinigungen von Fachärzten zum wissenschaftlichen Erfahrungsaustausch und zur Fortbildung auf regionaler, nationaler und internationaler Ebene. Auf Tagungen und Kongressen, von zeitlich begrenzter Dauer, werden in regelmäßigen Abständen allgemein interessierende Themen und spezielle Probleme in Vorträgen und Diskussionen zwischen den Ärzten aus Universitäten, Kliniken, Krankenhausabteilungen und der Praxis abgehandelt.

Die Oberrheinische Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie hat als übergreifende Fachgesellschaft mit Mitgliedern aus Deutschland, Frankreich und der Schweiz Zugang zu interkontinentalen und internationalen Fortschritten des Faches. Entsprechend werden auch ihre Präsidenten und Tagungsorte aus ihren Mitgliedsländern gewählt, so daß hier über die landeseigene wissenschaftliche Problematik hinaus eine internationale Diskussion erfolgen kann und gesellschaftliche und persönliche Beziehungen gepflegt werden können.

Im geschichtlichen Verlauf der Tagungen läßt sich in der Thematik der Wandel der interessierenden Probleme aus der Geburtshilfe und Gynäkologie ablesen.

In dem vorliegenden Beitrag wird versucht, anhand der Geschichte einer regionalen Fachgesellschaft "Oberrheinische Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie" einmal die Entwicklung der Vereinigung und den Wandel der interessierenden Tagungsthemen, der sich innerhalb von 75 Jahren, in dem Zeitraum von 1905 bis 1980, vollzogen hat, darzustellen. Aus der Fülle der Tagungsthemen werden einzelne Themenbereiche, wie 'Krankheiten während der Schwangerschaft', 'Geburtshilfliche Operationen', 'Fehlgeburt und

Schwangerschaftsunterbrechung', 'Sterilität', 'Geschlechtskrankheiten' und 'Carcinome' aufgegriffen. Es wird aufgezeichnet, wie sich Auffassungen, Anschauungen, Erkenntnisse, Meinungen und Theorien im Laufe der Zeit - beeinflußt vom Zeitgeist, von ethischen und moralischen Gesichtspunkten, von der Entwicklung und dem Fortschritt in der Medizin - gewandelt haben.

2. GESCHICHTE DER OBERRHEINISCHEN GESELLSCHAFT

Die Geschichte der Oberrheinischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie wurde anhand der im Schrifttum vorliegenden Tagungsberichte - mit Ausfällen während der zwei Weltkriege, in denen keine Sitzungen stattfanden, - und bereits vorliegenden Darstellungen der Geschichte der Gesellschaft (E. STÜBLER (1953), A. MAYER (1955, 1959, 1965) und H.H. SIMMER (1980)) rekonstruiert (Übersicht s. Tab. 1, S. 9ff).

Nachdem im Jahre 1872 die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie gegründet worden war und sich im Jahre 1882 die Internisten zu einer eigenen Gesellschaft zusammengeschlossen hatten, konstituierte sich am 16.9.1885 die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie. Mit der Zunahme der Mitglieder ging der persönliche Kontakt auf den Versammlungen verloren.
Nur alle zwei Jahre traf sich die große Gesellschaft. Der Wunsch, häufiger in kleinerem Kreis in nicht zu großer Entfernung zu tagen, durfte einer der Beweggründe für die regionalen Gesellschaften gewesen sein, die um die Jahrhundertwende entstanden.
Im Jahre 1899 wurde die Niederrheinisch-Westfälische Gesellschaft gegründet. Im Jahre 1902 entstand auf Veranlassung von PFANNENSTIEL die Mittelrheinische Gesellschaft für Gynäkologie.

Die Oberrheinische Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie wurde am 5. März 1905 von Exzellenz ALFRED HEGAR, Ordinarius für Geburtshilfe und Gynäkologie an der Universitätsklinik Freiburg, im Rathaussaal von Baden-Baden gegründet. An der Gründungsversammlung nahmen 42 Gynäkologen aus Baden, dem Elsaß und aus Württemberg teil.

A. HEGAR dehnte unter bewußter Überschreitung der Landesgrenzen die Gesellschaft auch auf die deutsche Schweiz aus. Das war vor fast 80 Jahren etwas Erstmaliges.
In einer Vorstandssitzung vom 25. Juni 1905 wurde beschlossen, für die Herbstversammlung 1905 die Gynäkologen der Schweiz einzuladen. Dieser Einladung wurde gefolgt, sodaß 1905 die Mitgliederzahl der Gesellschaft auf 75 stieg.
1973 wurde die Oberrheinische Gesellschaft, die sich gegenüber anderen Gesellschaften schon sehr früh durch ihren internationalen Charakter ausgezeichnet hatte, durch die Gründung einer französischen Sektion noch erweitert.

Bis zum Kriegsbeginn 1914 fanden die Sitzungen außer einer einmaligen Zusammenkunft in Basel (15.10.1905) und einer gemeinsamen Tagung mit der Mittelrheinischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe zweimal jährlich im Frühjahr und im Herbst in Baden-Baden statt.
Das Präsidium hatte A. HEGAR mit Ausnahme der Frühjahrssitzung im Jahre 1908 in den ersten Jahren des Bestehens der Vereinigung fortlaufend bis 1912 inne.
Die Teilnehmerzahl der Versammlungen betrug in den ersten Jahren der Gesellschaft im Durchschnitt 25 bis 35 Personen.

Unter dem Präsidium von A. HEGAR verliefen die Sitzungen jahrelang in durchaus harmonischer Form.
Im Laufe der Jahre überstand die Gesellschaft drei ernstere Belastungsproben:

Kurz vor dem ersten Weltkrieg (1912) wurde eine erste Krise in der Oberrheinischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie durch den Basler Gynäkologen O.v. HERFF ausgelöst, der einen Antrag auf Ausschluß eines Mitgliedes wegen Verstoßes gegen die Standesethik (Vorwurf der Verletzung des §218 des Deutschen

Strafgesetzbuches) stellte. A. HEGAR war als Präsident sehr für den Ausschluß; aber B. KRÖNIG, sein Amtsnachfolger, vertrat den Standpunkt, daß sich eine wissenschaftliche Gesellschaft mit der sittlichen Persönlichkeit einzelner Mitglieder nicht zu befassen habe. Als auf der Versammlung vom 27. Oktober 1912 der Antrag auf Ausschluß dieses Mitgliedes mit einer geringen Mehrheit abgelehnt wurde, sei A. HEGAR in seinem standesethischen Empfinden so verletzt gewesen, daß er wortlos die Sitzung verlassen habe, ohne jemals wiederzukommen, teilte A. MAYER (1965) mit. E. STÜBLER (1953) berichtete, A. HEGAR habe den Vorsitz "wegen Erkältung" niedergelegt, um dann sogar aus der Gesellschaft auszutreten.
H. FEHLING übernahm dann das Amt des 1. Vorsitzenden. Um den Gründer der Gesellschaft zurückzugewinnen, wurde A. HEGAR (am 16.7.1913) einstimmig zum Ehrenmitglied gewählt. Aber A. HEGAR lehnte die Annahme der Ehrenurkunde im darauffolgenden Jahr ab, solange der der Abtreibung Beschuldigte Mitglied der Gesellschaft sei.

In der Nachwirkung dieser inneren Krise war der Besuch der Tagungen längere Zeit sehr dürftig, sodaß die Verschmelzung der Oberrheinischen Gesellschaft mit der Mittelrheinischen in Erwägung gezogen wurde, wozu es jedoch nicht kam.

Eine erneute, ganz anders geartete Schwierigkeit brachte die Zeit nach dem ersten Weltkrieg (1914 bis 1918). Die Abhaltung der Tagungen war wegen der schlechten Zugverbindungen infolge der Auswirkungen des Krieges erschwert, auch fehlte den deutschen Mitgliedern das Reisegeld. In der Zeit der Inflation der deutschen Mark, wo kaum noch die Mittel zum Drucken der Programme vorhanden waren, erwiesen die Schweizer Mitglieder der Oberrheinischen Gesellschaft einen kollegialen Dienst. Sie bezahlten ihren Mitgliedsbeitrag in Schweizer Franken und retteten den wirtschaftlichen Bestand der Gesellschaft.

Auch die weitere Entwicklung zeigte immer wieder die Verbundenheit der beiden Länder.
An der Freiburger Tagung vom 22. Mai 1921 nahmen erstmals seit dem Kriege wieder Schweizer Gynäkologen teil. Ein deutliches Zeichen der Zusammengehörigkeit war es auch, daß die deutschen Mitglieder auf der Sitzung vom 26. März 1922 in Basel Gäste der Schweizer waren.

Ein großer Tag war die Tagung vom 11. Mai 1930 in Freiburg zur Feier des 25jährigen Bestehens der Gesellschaft und des 100. Geburtstags von A. HEGAR. Sie fand unter dem Präsidium von O. PANKOW im Hörsaal der alten Freiburger Frauenklinik statt.

Die zweimal im Jahr stattfindenden Zusammenkünfte wechselten im allgemeinen zwischen Baden-Baden und Freiburg unter gelegentlicher gemeinsamer Tagung mit der Mittelrheinischen Gesellschaft in Heidelberg oder eines Besuches in Basel.
Den Vorsitz führte bei einem Drittel der Sitzungen zwischen 1918 und 1939 Prof. Dr. A. MAYER aus Tübingen. Die Teilnehmerzahl war in den ersten Jahren nach dem ersten Weltkrieg zurückgegangen. Mit der 25jährigen Jubiläumsfeier der Oberrheinischen Gesellschaft in Freiburg, zu der sich 51 Frauenärzte (einschließlich Gäste) versammelten, stieg die Teilnehmerzahl von bislang 30 auf 50 Personen an.
Eine Zunahme der Mitglieder von 93 auf 113 (1927) und auf 130 (1936) für die Zeit zwischen den beiden Weltkriegen zeigten zwei Verzeichnisse der 20er Jahre und eine Rechnung von 1936.

Eine dritte, sehr ernste Erschütterung brachten bald nach 1933 die politischen Verhältnisse, insbesondere die Judenfrage. Sie trübten die Beziehungen zur Schweiz sehr. Das Dritte Reich mit seiner Ablehnung von allem Nicht-Arischen verlangte für den weiteren Verbleib in der Gesellschaft einen "Ariernachweis" und das auch

für die Schweizer Mitglieder. Aber gerade hier sicherten die guten persönlichen Beziehungen über die Landesgrenzen hinüber den Zusammenhalt.
Mit dem Ausbruch des zweiten Weltkrieges waren die Landesgrenzen verschlossen, aber die persönlichen Beziehungen nicht ganz abgebrochen.
Die letzte Vorkriegssitzung fand gemeinsam mit der Mittelrheinischen Gesellschaft am 7. Mai 1939 in Heidelberg statt. Vorsitzender war seit 1934 A. MAYER. Während des Krieges und in den ersten Nachkriegsjahren fanden zehn Jahre lang keine Tagungen statt, sodaß der innere Konnex unter den Gesellschaftsmitgliedern stark gelockert war. Da aber eine direkte Auflösung nicht erfolgt war, bestand die Gesellschaft, mit A. MAYER als Präsident, nur noch auf dem Papier weiter.

Durch die Unterstützung der Schweizer Kollegen (z.B. Einladung zu Gastvorlesungen) war nach mehreren Jahren die Wiedergründung der Oberrheinischen Gesellschaft möglich. Sie erfolgte am 9. September 1950 in Heidelberg durch A.MAYER anläßlich einer Tagung der Mittelrheinischen Gesellschaft unter dem Präsidium von H. RUNGE. Rund 100 Mitglieder trugen sich in die ausgelegte Liste ein, unter Beteiligung zahlreicher Schweizer Gynäkologen.
Die erste Sitzung fand am 25. Februar 1951 in Freiburg statt. Auf Antrag von A. MAYER wurde zu Beginn der Tagung TH. KOLLER als Präsident gewählt, der das Amt auch annahm. Unter seinem Vorsitz bekam die Gesellschaft einen starken wissenschaftlichen Antrieb.

In dem Zeitabschnitt nach der Wiedergründung wurde nahezu die Hälfte der Tagungen (40%) in der Schweiz abgehalten - was sicher auf die Aktivität der Schweizer Kollegen zurückzuführen ist -, zwei Tagungen waren in Frankreich und der Rest in Deutschland, wobei in Baden-Baden nur drei Tagungen stattfanden. Auch das Amt des Präsidenten wurde in zunehmendem

Maße von Schweizer Gynäkologen übernommen. Von den 16 Präsidenten, die in den vergangenen 30 Jahren den Vorsitz hatten, kamen acht aus der Schweiz, sieben aus Deutschland und einer aus Frankreich. Da die Problematik auf dem Gebiet der Geburtshilfe und Gynäkologie in jedem der drei Mitgliedsländer andere Schwerpunkte zeigte, brachte die Entwicklung der letzten 30 Jahre ein weiter gespanntes Interessenspektrum.
Die Teilnehmerzahl nahm seit der Wiedergründung der Gesellschaft am 9. September 1950 in Heidelberg zu. Es versammelten sich auf der Frühjahrssitzung 1977 in Stuttgart 420 und bei der Jubiläumstagung 1980 in Baden-Baden 450 Kongreßteilnehmer.
Auch die Mitgliederzahl hat sich von 100 Mitgliedermeldungen zum Wiedergründungskongreß 1950 auf 193 im Jahre 1970 verdoppeln können. Am 17. Mai 1980 zum 75jährigen Jubiläum konnte die Oberrheinische Gesellschaft eine Mitgliederzahl von 288 aus Süddeutschland, sowie 47 Mitglieder aus Frankreich und 103 aus der Schweiz (insgesamt ca. 430) aufweisen.

Die Tagungsthemen geben einen Überblick über die gesamte Geburtshilfe und Gynäkologie und deren Problematik der letzten 75 Jahre. Einzelne Themenbereiche, die im Laufe der Jahre immer wieder Anlaß zur Diskussion gaben und von erneutem Interesse waren, werden in den folgenden Kapiteln dieses Beitrags ausführlich dargestellt. Die weite Streuung aller Themen kann in diesem Rahmen nicht abgehandelt werden (s. Abb. 1, S. 19).

Tabelle 1: 1905-1980

75 Jahre Tagungen

der Oberrheinischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie

Datum	Ort	Vorsitzender	Teilnehmer-zahl	Literaturangabe
05.03.1905 Gründungsversammlung	Baden-Baden	A. Hegar, Freiburg	42	
25.06.1905 Vorstandssitzung	Baden-Baden	A. Hegar, Freiburg		
15.10.1905	Basel	A. Hegar, Freiburg	40	
11.03.1906	Baden-Baden	A. Hegar, Freiburg	33	
24.06.1906	Baden-Baden	A. Hegar, Freiburg	42	
10.03.1907	Baden-Baden	A. Hegar, Freiburg	29	Beitr. z. Geb. u. Gyn. 12 (1908) 127
10.10.1907	Baden-Baden	A. Hegar, Freiburg	22	Beitr. z. Geb. u. Gyn. 12 (1908) 490
22.03.1908	Baden-Baden	O. v. Herff, Basel	20+3 Gäste	Beitr. z. Geb. u. Gyn. 13 (1909) 315
25.10.1908	Baden-Baden	A. Hegar, Freiburg		Beitr. z. Geb. u. Gyn. 13 (1909) 475
18.04.1909	Baden-Baden	A. Hegar, Freiburg	18	Beitr. z. Geb. u. Gyn. 15 (1910) 140
24.10.1909	Baden-Baden	A. Hegar, Freiburg	29+3 Gäste	Beitr. z. Geb. u. Gyn. 15 (1910) 291

Datum	Ort	Vorsitzender	Teilnehmer-zahl	Literaturangabe
18.04.1910	Baden- Baden	A. Hegar, Freiburg	33+5 Gäste	Beitr. z. Geb. u. Gyn. 16 (1911) 174
23.10.1910	Baden-Baden	A. Hegar, Freiburg	32+4 Gäste	Beitr. z. Geb. u. Gyn. 16 (1911) 351
23.04.1911	Baden-Baden	A. Hegar, Freiburg	23	Beitr. z. Geb. u. Gyn. 17 (1912) 123
22.10.1911	Baden-Baden	A. Hegar, Freiburg	18	Beitr. z. Geb. u. Gyn. 17 (1912) 277
28.04.1912	Baden-Baden	A. Hegar, Freiburg	10	Beitr. z. Geb. u. Gyn. 17 (1912) 379
27.10.1912	Baden-Baden	A. Hegar, Freiburg B. Krönig, Freiburg	20+2 Gäste	Beitr. z. Geb. u. Gyn. 18 (1913) 157
06.07.1913	Baden-Baden	B. Krönig, Freiburg	18+8 Gäste	Beitr. z. Geb. u. Gyn. 19 (1914) 290
26.10.1913	Heidelberg	H. Fehling, Straßburg		Beitr. z. Geb. u. Gyn. 19 (1914) 300
08.03.1914	Baden-Baden	H. Fehling, Straßburg	13+4 Gäste	
09.05.1918	Baden-Baden	H. Fehling, Straßburg	20+3 Gäste	Zbl. Gynäk. 42_2 (1918) 871
20.10.1918	Baden-Baden	K. Menge, München	19	
28.09.1919 zusammen mit Mittelrhein. Ges.	Heidelberg	K. Menge, München	31+8 Gäste	Zbl. Gynäk. 44_1 (1920) 148

Datum	Ort	Vorsitzender	Teilnehmer-zahl	Literaturangabe
20.10.1919	Baden-Baden	K. Menge, München M. Walthard, Zürich		Zbl. Gynäk. 43_1 (1919) 68
07.11.1920	Baden-Baden	K. Menge, München	19+7 Gäste	
22.05.1921	Freiburg i. Br.	G. Opitz, Freiburg	26+5 Gäste	Zbl. Gynäk. 45_2 (1921) 1291
16.10.1921	Baden-Baden	G. Opitz, Freiburg	21+4 Gäste	Zbl. Gynäk. 46_1 (1922) 181
26.03.1922	Basel	G. Opitz, Freiburg		Zbl. Gynäk. 46_2 (1922) 1525
15.10.1922	Baden-Baden	G. Opitz, Freiburg	30+4 Gäste	Zbl. Gynäk. 47_1 (1923) 277
22.04.1923	Freiburg i. Br.	G. Opitz, Freiburg	23+8 Gäste	Zbl. Gynäk. 47_2 (1923) 1428
02.03.1924	Baden-Baden	W. Labhardt, Basel	30+9 Gäste	Zbl. Gynäk. 48_2 (1924) 2020
06.07.1924 zusammen mit Mittelrhein. Ges.	Heidelberg	W. Labhardt, Basel R. Th. v. Jaschke, Gießen	50-60	Zbl. Gynäk. 49_1 (1925) 323
30.11.1924	Baden-Baden	W. A. Freund, Straßburg	22+6 Gäste	Zbl. Gynäk. 50_1 (1926) 237
08.03.1925	Freiburg i. Br.	W. A. Freund, Straßburg	32	Zbl. Gynäk. 50_2 (1926) 1395

Datum	Ort	Vorsitzender	Teilnehmer-zahl	Literaturangabe
15.11.1925	Freiburg i. Br.	W. Labhardt, Basel	32	Zbl. Gynäk. 50_2 (1926) 2032
02.05.1926	Baden-Baden	A. Mayer, Tübingen M. Walthard, Zürich		Zbl. Gynäk. 50_3 (1926) 2782
12./13.06. 1926 zusammen mit Mittelrhein. Ges.	Bad Kreuz-nach	L. Nebel, Wiesbaden		Zbl. Gynäk. 50_3 (1926) 2647
21.11.1926	Baden-Baden	A. Mayer, Tübingen		Zbl. Gynäk. 51_1 (1927) 1067
13.03.1927	Baden-Baden	A. Mayer, Tübingen	22+11 Gäste	Zbl. Gynäk. 51_3 (1927) 2421
26.11.1927	Baden-Baden	A. Mayer, Tübingen	24+16 Gäste	Zbl. Gynäk. 52_1 (1928) 888
06.05.1928	Freiburg i. Br.	A. Mayer, Tübingen	39+14 Gäste	Zbl. Gynäk. 52_3 (1928) 2475
04.11.1928	Baden-Baden	H. Kupferberg, Mainz		Zbl. Gynäk. 53_1 (1929) 757
16.06.1929 zusammen mit Mittelrhein. Ges.	Mainz	H. Kupferberg, Mainz	90	Zbl. Gynäk. 53_3 (1929) 2479
14.07.1929	Basel	A. Mayer, Tübingen		Zbl. Gynäk. 53_3 (1929) 3303

Datum	Ort	Vorsitzender	Teilnehmer-zahl	Literaturangabe
20.10.1929	Baden-Baden	H. Kupferberg, Mainz		Zbl. Gynäk. 54_1 (1930) 355
11.05.1930	Freiburg i. Br.	O. Pankow, Düsseldorf	40+1 Gast	Zbl. Gynäk. 54_3 (1930) 3111
Festsitzung 100. Geb.-Tag Hegar 25jähr. Jubiläum				
16.11.1930	Baden-Baden	O. Pankow, Düsseldorf	33+10 Gäste	Zbl. Gynäk. 55_1 (1931) 620
26.04.1931	Freiburg i. Br.	O. Pankow, Düsseldorf	31	Zbl. Gynäk. 55_3 (1931) 3138
06.12.1931	Basel	O. Pankow, Düsseldorf	23+9 Gäste	Zbl. Gynäk. 56_1 (1932) 865
29.05.1932	Freiburg i. Br.	O.Pankow, Düsseldorf	45	Zbl. Gynäk. 56_3 (1932) 2968
23.10.1932	Baden-Baden	Hüssy, Aarau	23+5 Gäste	Zbl.Gynäk. 57_2 (1933) 1312
07.05.1933	Freiburg i. Br.	Hüssy, Aarau	17+12 Gäste	Zbl. Gynäk. 57_3 (1933) 2805
18.02.1934 zusammen mit Mittelrhein. Ges.	Heidelberg	Holzbach, Mannheim Hüssy, Aarau	75	Zbl. Gynäk. 58_3 (1934) 2083
17.06.1934	Baden-Baden	Hüssy, Aarau	28+8 Gäste	Zbl. Gynäk. 58_3 (1934) 2854

Datum	Ort	Vorsitzender	Teilnehmer-zahl	Literaturangabe
03.02.1935	Freiburg i. Br.	A. Mayer, Tübingen	25+18 Gäste	Zbl. Gynäk. 59_2 (1935) 1603
23.06.1935	Baden-Baden	A. Mayer, Tübingen	26	Zbl. Gynäk. 60_1 (1936) 399
21.06.1936 zusammen mit Mittelrhein. u. Niederrhein.-Westfäl. Ges.	Baden-Baden	A, Mayer, Tübingen	52	Zbl. Gynäk. 60_3 (1936) 2495
29.11.1936	Freiburg i. Br.	A. Mayer, Tübingen	45	Zbl. Gynäk. 61_2 (1937) 1592
27.06.1937	Baden-Baden	A. Mayer, Tübingen	23+10 Gäste	Zbl. Gynäk. 61_3 (1937) 2648
23.01.1938	Freiburg i. Br.	A. Mayer, Tübingen	22+21 Gäste	Zbl. Gynäk. 62_2 (1938) 1381
10.07.1938	Baden-Baden	A. Mayer, Tübingen	14+8 Gäste	Zbl. Gynäk. 62_3 (1938) 2620
22.01.1939	Freiburg i. Br.	A. Mayer, Tübingen	21+23 Gäste	Zbl. Gynäk. 63_2 (1939) 959
07.05.1939 zusammen mit Mittelrhein. Ges.	Heidelberg	A. Mayer, Tübingen L. Seitz, Pfaffenhofen	60-70	Zbl. Gynäk. 64_1 (1940) 79+122
09.09.1950 Wiedergründung zusammen mit Mittelrhein. Ges.	Heidelberg	A. Mayer, Tübingen	80 Mitglie-dermeldun-gen	

Datum	Ort	Vorsitzender	Literaturangabe
25.02.1951	Freiburg i. Br.	A. Mayer, Tübingen	Zbl. Gynäk. 74_2 (1952) 1461
28.10.1951	Basel	Th. Koller, Basel	Zbl. Gynäk. 74_2 (1952) 1958+1988
09.03.1952	Badenweiler	Th. Koller, Basel	Zbl. Gynäk. 75_2 (1953) 1066
26.04.1953	Freiburg i. Br.	H. Runge, Heidelberg	Zbl. Gynäk. 75_2 (1953) 1943
11.10.1953	Basel	H. Runge, Heidelberg	Zbl. Gynäk. 76_2 (1954) 1237
08./09.05.1954	Heidelberg	H. Runge, Heidelberg	Zbl. Gynäk. 77_1 (1955) 344
14./15.05.1955	Zürich	E. Held, Zürich	Geburtsh. u. Gynäk. 15 (1955) 945
06.05.1956	Basel	E. Held, Zürich	Geburtsh. u. Gynäk. 16 (1956) 1142
05.05.1957	Freiburg i. Br.	W. Neuweiler, Bern	Geburtsh. u. Gynäk. 17 (1957) 971
31.5./1.6.1958	Bern	W. Neuweiler, Bern	Geburtsh. u. Gynäk. 18 (1958) 1377
13./14.05.1959	Freiburg i. Br.	H. Reichenmiller, Stuttgart	Zbl.Gynäk. 82_1 (1960) 67
07./08.05.1960	Stuttgart	H. Reichenmiller, Stuttgart	Geburtsh. u. Gynäk. 21 (1961) 502

Datum	Ort	Vorsitzender	Literaturangabe
13./14.05.1961	Bern	H. Reichenmiller, Stuttgart	Geburtsh. u. Gynäk. 21 (1961) 909
23./24.06.1962	Baden-Baden	A. Reist, Zürich	Geburtsh. u. Gynäk. 23 (1963) 85
15./16.06.1963	Zürich	A. Reist, Zürich	Geburtsh. u. Gynäk. 23 (1963) 831 24 (1964) 164
25./26.04.1964	Basel	H. Roemer, Tübingen	Geburtsh. u. Gynäk. 24 (1964) 806
11.-13.06.1965	Tübingen	H. Roemer, Tübingen	Geburtsh. u. Gynäk.
14./15.05.1966	Freiburg i. Br.	E. Glatthaar, Winterthur	
02.12.1967	Freiburg i. Br.	P. Thyssen, Karlsruhe	Geburtsh. u. Gynäk. 28 (1968) 971
04./05.05.1968	Karlsruhe	P. Thyssen, Karlsruhe	Geburtsh. u. Gynäk. 28 (1968) 982
26./27.04.1969	Basel	I. Berges, Basel	Geburtsh.u. Gynäk. 30 (1970) 462
06./07.07.1970 zusammen mit Bayerischer Ges.	Baden-Baden	V. Probst, Tübingen P. Thyssen, Karlsruhe	Geburtsh. u. Gynäk. 31 (1971) 177
23./24.04.1971	Tübingen	V. Probst, Tübingen	
13./14.11.1971	Basel	R. Wenner, Liestal	
07./08.04.1972	Konstanz	R. Wenner, Liestal	

Datum	Ort	Vorsitzender	Literaturangabe
04.-06.05.1973	Straßburg	R. Wenner, Liestal	Geburtsh. u. Gynäk. 33 (1973) 822
26.-28.10.1973	Freiburg i. Br.	K. Knörr, Ulm	Geburtsh. u. Gynäk. 34 (1974) 214
02./03.05.1974	Interlaken, CH	K. Knörr, Ulm	Geburtsh. u. Gynäk. 35 (1975) 65
02./03.05.1975	Ulm	K. Knörr, Ulm	Geburtsh. u. Gynäk. 36 (1976) 77
15.11.1975	Basel	O. Käser, Basel	Geburtsh. u. Gynäk. 36 (1976) 796
30.04./01.05. 1976	Montreux	O. Käser, Basel	Geburtsh. u. Gynäk. 37 (1977) 77
29./30.04.1977	Stuttgart	O. Käser, Basel	Geburtsh. u. Gynäk. 38 (1978) 143
01.10.1977	Freiburg i. Br.	R. Gandar, Straßburg	Geburtsh. u. Gynäk. 38 (1978) 401
28./29.04.1978	Colmar	R. Gandar, Straßburg	Geburtsh. u. Gynäk. 39 (1979) 344
04./05.05.1979	Basel	R. Gandar, Straßburg	Geburtsh. u. Gynäk. 39 (1979) 986
06./07.10.1979	Karlsruhe	W. E. Schreiner, Zürich	

Datum	Ort	Vorsitzender	Literaturangabe
16./17.1980	Baden-Baden Jubiläumstagung 75 Jahre Oberrheinische Ges. 1905-1980	W. E. Schreiner, Zürich	

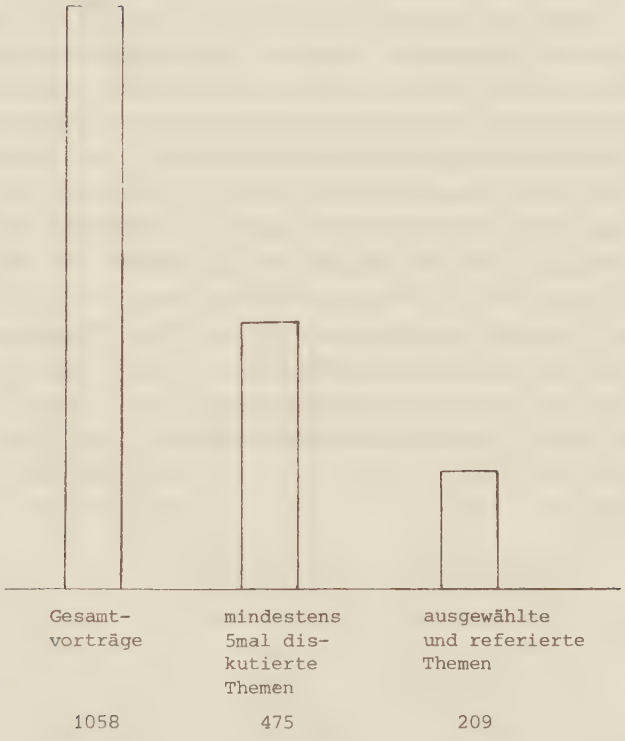

Abb. 1: Anteil der referierten und ausgewählten Vorträge am Ganzen der Tagungsberichte

3. WANDEL DER TAGUNGSTHEMEN

In den 75 Jahren des Bestehens der Oberrheinischen Gesellschaft wurden auf den verschiedenen Kongressen 1058 Referate und Vorträge gehalten.
Hierbei wurden gleichartige Probleme in 475 Mitteilungen immer wieder diskutiert.
Anhand dieser häufig diskutierten Probleme in 209 Vorträgen wird der Wandel der Tagungsthemen in dem vorliegenden Beitrag dargestellt (s. Abb. 1, S. 19).
Hierzu wurden aus der geburtshilflichen Thematik Gestosen, geburtshilfliche Operationen, sowie Fehlgeburt und Schwangerschaftsunterbrechung und aus der gynäkologischen Problematik Sterilität, Geschlechtskrankheiten und Carcinome der Frau im Folgenden ausgewählt.

3.1. Geburtshilfliche Themen

3.1.1. GESTOSEN

Die Problematik der Schwangerschaftstoxikosen (= Spätgestosen = EPH = Edema, Proteinuria, Hypertonia-Gestose) war auf den Tagungen der Oberrheinischen Gesellschaft, wie in der wissenschaftlichen Literatur, ein häufig diskutiertes Thema, wie in dem Zeitraum von 1911 bis 1967 alleine 25 Vorträge zeigen. Die Sitzungsteilnehmer tauschten ihre Erfahrungen und Meinungen aus über die Häufigkeit, die Ätiologie, die Symptomatik, die Therapie und die Prognose der Spätgestosen.

Zur Häufigkeit der Eklampsie äußerte sich erstmals W. FÜRST (1924) über die verschiedene regionale Verteilung. Ein Vergleich der Zunahme an Eklampsien zwischen Leipzig und Zürich ergab, daß der Zugang in Leipzig gleichmäßig groß, in Zürich gleichmäßig klein war, bei gleicher Entbindungszahl. K. MENGE (1924)

vertrat die Ansicht, daß der konstante Unterschied in der Frequenzziffer von einem besonderen Hauptfaktor bestimmt würde: den Ernährungsverhältnissen. In Sachsen spiele der Fleischgenuß eine größere Rolle als anderswo. W. FÜRST (1924) machte in seinem Vortrag auch auf die bekannte Beeinflussung der Eklampsiehäufigkeit durch den Krieg aufmerksam. Er ließ es dahingestellt bleiben, ob die veränderte Ernährung oder der Mangel an Transportmöglichkeiten in die Klinik die maßgebende Rolle spiele.
O. BAADER (1939) nannte die folgenden Faktoren, die das Auftreten und den Verlauf der Eklampsie möglicherweise beeinflussen würden: Rassenunterschiede, das Alter bei der Erstgeburt, Umweltfaktoren, wie Ernährung und Lebensweise der Bevölkerung, Jahreszeit, metereologische Faktoren u. a. O. BAADER wertete die Untersuchungsergebnisse (von W. GÜNTHER zusammengestellt) über Häufigkeit und Sterblichkeit bei Eklampsie in der geburtshilflichen Statistik Badens für die Zeit von 1883 bis 1935 (53 Jahre) aus. Eine kurvenmäßige Darstellung der Erkrankungshäufigkeit an Eklampsie zeigte eine nahezu gleichmäßig verlaufende Morbiditätszunahme. Während 1880 auf 1000 Geburten ein Eklampsiefall kam, fand sich in den Jahren 1925 bis 1935 ein Fall auf etwa 400 Entbindungen (0,25%). Innerhalb der Jahresgruppen 1915 bis einschließlich 1917 und 1918 bis einschließlich 1920 zeigte sich ein eindeutiges Absinken der Eklampsiehäufigkeit. Entsprechend dieser Morbiditätsabnahme in den Kriegsjahren war in den Nachkriegsjahren ein steiler Anstieg in der Eklampsiehäufigkeit festzustellen.
Ein Vergleich dieser Ergebnisse mit denen von H. KÜSTNER (1939) stellte die absolute Zunahme der Eklampsie in den Jahren 1920 bis 1930 mit der zunehmend besser werdenden wirtschaftlichen Lage in Zusammenhang. Hierfür führte er auch das häufigere

Vorkommen der Eklampsie innerhalb der Großstadtbezirke an. Neben der Ernährung würden möglicherweise auch Licht- und Luftverhältnisse, sowie der Stoffwechsel und der "Verbrauch des Körpers an Muskelarbeit" eine Rolle spielen. E. HELD (1957) nannte eine Häufigkeit der Spätgestosen in der Züricher Klinik für die Zeit von 1952 bis 1960 von 5,45%. L. RÜGEMER-KÜRZEL (1957) führte als mögliche Ursachen einer auffälligen Häufung von Spätgestosen die Witterungseinflüsse und körperlich-seelische Überbeanspruchung an.

Aus den Sitzungsbeiträgen in den verschiedenen Jahrzehnten geht hervor, daß immer wieder die Häufigkeit der Eklampsie von geographischen, rassischen und soziologischen Gegebenheiten abhängig diskutiert wurde. Die Beeinflussung der Eklampsiefrequenz durch den Krieg wird deutlich aufgezeigt (starke Abnahme in den Kriegsjahren, starke Zunahme in den Nachkriegsjahren). Zusammenfassend diskutierten die Referenten die folgenden Faktoren, die das Auftreten der Eklampsie beeinflussen: Ernährungsverhältnisse und Lebensweise der Bevölkerung (wirtschaftliche Lage), Umweltfaktoren, wie Witterungseinflüsse, Jahreszeit und Licht- und Luftverhältnisse, Rassenunterschiede, geographische Unterschiede und das Alter bei der ersten Entbindung.

Zur Ätiologie der Schwangerschaftstoxikosen, die bis heute noch ungeklärt blieb, wurden auf den Tagungen der Oberrheinischen Gesellschaft verschiedene Hypothesen und Theorien aufgestellt. Kj. v. OETTINGEN (1926) berichtete über seine experimentelle Studie zur Eklampsiefrage, mit der er zusammen mit B. SCHWOERER die Anschauungen von ISEI OBATA (1923) nachprüfte. I. OBATA vertrat die Auffassung, daß die Eklampsie eine Intoxikation durch das Placentagift sei, das dann wirksam würde, wenn das Serum der Schwangeren

in seinen normalen entgiftenden Eigenschaften abgeschwächt sei. Kj. v. OETTINGEN und B. SCHWOERER kamen aufgrund ihrer Untersuchungen zu folgender Anschauung der Genese der Schwangerschaftstoxikosen bzw. der Eklampsie: Es handele sich um einen Vergiftungszustand durch Stoffwechselabbauprodukte, die einerseits durch die Organe der Schwangeren selber und andererseits durch die Stoffwechselschlacken der Placenta und des Föten geliefert würden. E. FREY (1926) war über die Ätiologie der Gestosen der Ansicht, daß die Funktionsstörungen der Leber und die Störungen im Ablauf des intermediären Stoffwechsels bei der Eklampsie Folge- und Begleiterscheinungen eines ungenügenden Zellstoffwechsels infolge nicht näher bekannter Zellgifte darstellten. P. HÜSSY (1932) berichtete über einen Fall von Eklampsie bei mazerierter Frucht. Er sah dies als einen sicheren Beweis gegen die fetale Theorie und als Gefährdung der placentaren Theorie zur Ätiologie der Eklampsie an. H.O. KLEINE (1932) meldete Bedenken an gegen die Vorstellung, daß das Placentagewebe auch nach Absterben der Frucht aktiv bleiben könnte. Wieder eine neue Theorie stellte HOFBAUER (1936) auf, der die Eklampsie als eine Überfunktion der Hypophyse und Nebennieren ansah. U. WILBRAND (1955) nahm an, daß neben der humoralen Komponente auch das vegetative Nervensystem an der Entstehung der Spättoxikosen beteiligt sei. Er untersuchte den Funktionszustand des Atemzentrums (die Erregbarkeit) im Verlauf der normalen Schwangerschaft und bei den Spättoxikosen. Die Explorationen ergaben, daß bei den Präeklampsien die Erregbarkeit gegenüber der normalen Schwangerschaft deutlich erhöht sei. Es wurde vermutet, daß bei den fortgeschrittenen Stadien der Spätgestosen die unkompensierte Acidose diese zusätzliche Erregbarkeitssteigerung auslöse. H. WAGNER (1955) maß nach den vorliegenden pathologisch-anatomischen Befunden, der Symptomatik und den günstigen

Wirkungen bestimmter Pharmaka den generalisierten Gefäßspasmen die wesentlichste Bedeutung in der Pathogenese der Eklampsie bei.

Zu den ungeklärten Ursachen der Entstehung der Schwangerschaftstoxikosen wurden in den Jahren 1939, 1951, 1952, 1957, 1963 und 1967 folgende Untersuchungen berichtet:
W. BICKENBACH (1939) verglich den Gehalt der Placenta an gonadotropem Hormon und die Ausscheidung im Urin bei Gesunden und eklamptischen Graviden. Bei den Schwangerschaftstoxikosen wurde eine erhebliche Mehrausscheidung des gonadotropen Hormons im Harn festgestellt, jedoch konnte eine Vermehrung in der Placenta nicht nachgewiesen werden (von sechs Eklampsieplacenten traten bei fünfen normale Werte auf).
H. SIEVERS (1939) untersuchte Urin und Serum von Normalgebärenden und Eklamptischen auf Wehenstoffe. Er kam zu dem Ergebnis, daß bei eklamptischen Frauen uteruskontrahierende Substanzen erst in 5 bis 10 ccm Urin nachgewiesen werden konnten, während bei Frauen mit guten Wehen die Reaktion bereits in 1 ccm erzielt werden konnte. Jedoch konnten im Serum Eklamptischer diese Stoffe schon in verhältnismäßig kleinen Dosen nachgewiesen werden. L. HELLER (1951) berichtete zur Analyse der Bluteiweißkörper für die Toxikosen über eine absolute Hypalbuminämie (normale Schwangerschaft: relative Hypalbuminämie) und eine Verminderung von Zystin sowohl absolut (auch in der normalen Schwangerschaft) als auch in der Albuminfraktion (nicht in der normalen Schwangerschaft). V. FRIEDBERG (1952) wies für die normale Schwangerschaft eine Zunahme der extrazellulären Flüssigkeit um 50% nach, bei hydropischen Schwangerschaftstoxikosen eine Zunahme um weitere 60%. Die Plasmamenge sank bei den Toxikosen jedoch beträchtlich ab (Flüssigkeitsverschiebung vom intravasalen zum extravasalen Raum).

V. FRIEDBERG (1957) kam bei seinen Untersuchungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes in der Schwangerschaft und bei den Toxikosen zu dem Ergebnis, daß das Primäre bei den Toxikosen die exzessive Wasserretention zu sein schien. Aber die Frage nach den Ursachen für die Regulationsstörung des Wasserhaushaltes blieb ungeklärt (eine höhere Aldosteronausscheidung, wie man zunächst vermutete, fand man nicht).
H. JUNG und W. NIESERT (1963) führten eine quantitative Analyse des Urinsediments in der normalen Schwangerschaft und bei Spätgestose durch. Die Erythrozyten- und Leukozytenausscheidung war bei den Spätgestosen stark erhöht. J. LIMBERGER (1967) untersuchte auf der Suche nach einem pathogenetischen Prinzip für die Schwangerschaftstoxikosen die Placenta gesunder und toxämischer Schwangerer auf eine Renin-ähnliche Substanz. Ein statistisch signifikanter Unterschied des Gehaltes an Renin-ähnlicher Substanz zwischen normaler und toxämischer Placenta , bezogen auf das Placentagewicht, war nicht nachweisbar.

Die Vielzahl der Untersuchungen zeigt, daß die Bemühungen um die Aufklärung der Ätiologie bzw. der Pathogenese der Eklampsie sehr groß waren. Die Schwerpunkte der Studien lagen im Nachweis von hormonellen Veränderungen in Harn, Serum oder Placenta bei eklamptischen Schwangeren und von Besonderheiten des Wasser- und Elektrolythaushaltes, des Urinsediments und der Bluteiweißkörper. Obwohl für die Schwangerschaftstoxikosen Unterschiede im Vergleich zu normal Schwangeren aufgedeckt werden konnten, gelang es nicht, die Ursachen der Eklampsie zu erkennen.

Die Symptomatik der Schwangerschaftstoxikosen stellte offenbar kein Problem dar und wurde auf den Tagungen

wenig diskutiert.
HERRENSCHNEIDER (1911) wies bereits 1911 darauf hin, daß die Blutdrucksteigerung ein wesentliches Krankheitssymptom der Eklampsie sei.
H. WAGNER (1955) faßte in seinem Bericht über die klinischen Erfahrungen mit hydrierten Sekalealkaloiden und Protoveratrin bei Spättoxikosen die klinische Symptomatik wie folgt zusammen: Blutdrucksteigerung, Oligurie, Wasserrentention, Kopfschmerzen, eklamptischer Anfall.

Die Behandlung der Schwangerschaftstoxikosen wurde auf den Tagungen der Oberrheinischen Gesellschaft vorwiegend wieder in den 50er Jahren diskutiert. Das zeigt, daß das Informationsbedürfnis der Teilnehmer über die verschiedenen Therapiemöglichkeiten und ihre Erfolge zu jener Zeit besonders groß war. Die Behandlungsmethoden der Gestosen haben sich seit den 50er Jahren nicht mehr wesentlich geändert, wie die Tagungsberichte zeigen. Die Therapie muß nach wie vor symptomatisch erfolgen, da die Ätiologie der Schwangerschaftstoxikosen bis zum heutigen Tage noch nicht geklärt ist.
HERRENSCHNEIDER (1911) zählte auf der Sitzung in Baden-Baden die verschiedenen Maßnahmen auf, die in den Jahren vor 1910 für die Behandlung der Eklampsie empfohlen wurden: heiße Bäder, Jaquetsche Einpackungen (=Schwitzen), der Aderlaß, die Nierendekapsulation, herzberuhigende Arzneimittel wie Pilocarpin, Chloralhydrat, Einspritzungen von Jodalkaliumlösung in die Brüste (von SELLHEIM erwähnt) und das Antithyreoidin MOEBIUS (von H. FREUND gerühmt).
HERRENSCHNEIDER selber konnte in einem "anscheinend ganz hoffnungslosen" Fall mit der Mammaamputation einen Erfolg in der Eklampsietherapie erzielen. Er meldete aber gleichzeitig seine Bedenken gegen dieses Verfahren an wegen des Einflusses des Eingriffes auf die Psyche der Patientin.

Die verschiedenen Therapieversuche wurden u.a. bestimmt von den Auffassungen und Erkenntnissen über die Ätiologie der Schwangerschaftstoxikosen, wie die Durchführung der Fremdbluttransfusion und die Anwendung der Eiweißtherapie zeigten: E. FREY (1926) vertrat die Ansicht, daß bei der Eklampsie infolge eines ungenügenden Zellstoffwechsels nicht näher bekannte Zellgifte anfielen, die sowohl zu einer Schädigung der Zellen der parenchymatösen Organe als auch zu einer der Sauerstoffträger führten. Er zog daraus den Schluß, daß bei der Eklampsie durch Zufuhr von ungeschädigten Sauerstoffträgern die Bedingungen für den intermediären Stoffwechsel verbessert werden könnten. E. FREY berichtete, daß seit der Einführung der Fremdbluttransfusion kein Todesfall an Eklampsie auf 12 Fälle mehr beobachtet wurde, während vorher auf 34 Eklampsien eine mütterliche Mortalität von 14,5% festgestellt wurde. E. FREY rief zur Nachprüfung der neuen Behandlungsmethode auf, jedoch wurde sein Therapievorschlag in den Diskussionen zu diesem Thema auf den folgenden Sitzungen nicht wieder aufgegriffen.
L. HELLER (1951) informierte auf der Sitzung in Basel 1951 über seine Erfolge mit der Eiweißtherapie. Die Eklampsie behandelte er mit Infusionen von Albumin- und Plasmaproteinkonzentraten zusammen mit Rutin oder Citrin. Bei der Präklampsie verabreichte er Aminosäuregemische mit hohem Methioningehalt, hochwertiges Eiweiß, Rutin und Citrin. Zusätzlich wurde die Flüssigkeitszufuhr eingeschränkt, und es bestand Kochsalzverbot. Bezüglich des konservativ-expektativen oder des aktiven Vorgehens bei der Eklampsiebehandlung gingen die Meinungen der Referenten auseinander. B. TAUSCH (1935) bezeichnete die konservativ-expektative Therapie, die aus folgenden Maßnahmen bestand: Bettruhe,Isolierung, flüssigkeits- und kochsalzarme, kalk- und kohlenhydratreiche Diät, wieder-

holter Aderlaß, Diuretika, Doryl^{R}, reichlich Narkotika, auch in Anwendung der Stroganoff'schen Methode, als einen ersten Schritt in der Früherfassung und Idealbehandlung des ödneklotischen Symptomenkomplexes.
Auch E.E. SCHULZE (1951) berichtete über seine Erfolge mit Doryl Merck^{R} in der Eklampsiebehandlung. Dieses Medikament habe sich seit 20 Jahren an einer Geburtenzahl von etwa 28000 bewährt.
P. THIESSEN (1936) untersuchte 15 ehemalige Eklampsien und 15 Präeklampsien, die mindestens zwei Jahre zurücklagen, auf Spätschäden des Herzens und toxische Kreislaufaffektionen. In allen Fällen wurde der Grad der Schädigung als von der Dauer der toxischen Einwirkung abhängig gefunden. Aufgrund dieses Ergebnisses rief P. THIESSEN dazu auf, die konservative Behandlung der Schwangerschaftstoxikosen mehr zugunsten des aktiven Vorgehens zurückzustellen. H. WAGNER (1955) dagegen betonte auf der Sitzung in Zürich 1955, daß die konservative Einstellung zur Spättoxikose die meisten Geburtshelfer überzeugt habe, und er forderte gleichzeitig dazu auf, nach besseren symptomatischen, konservativen Therapieverfahren zu suchen, solange die Ätiologie und damit die kausale Therapie unbekannt seien.
H. WAGNER schlug die Kombinationsbehandlung mit Hydergin und Protoveratrin (Puroverin^{R}) vor, die sich klinisch bewährt habe. Er stellte folgende Vorteile dieser Methode heraus: Herabsetzung der kindlichen (von 14,3% auf 8,1%) und der mütterlichen (von 2,1% auf 0) Mortalität , Verminderung der operativen Entbindungen (von 8,2% auf 2,7%), Verkürzung der durchschnittlichen Geburtsdauer, Herabsetzung der Anfallbereitschaft, geringere Versagerquote der Therapie (10,8%).
O. KÄSER (1952) hatte bereits auf der Sitzung in Badenweiler drei Jahre vor H. WAGNER über seine günstigen Erfahrungen in der Behandlung der hypertensiven Spättoxikosen mit Protoveratrin, das er auch gelegentlich mit Hydergin kombinierte, berichtet. Auf 80 Spättoxi-

kosen war die mütterliche Mortalität gleich Null. Beide Medikamente werden heute nicht mehr zur Hypotension verwendet. PFAU (1955) benutzte zur Blutdrucksenkung in der Eklampsie- und Präeklampsiebehandlung Serapasil^{R} (=Reserpin); dieses Medikament zählt auch heute noch zur antihypertensiven Basistherapie.
Neben der medikamentösen Gestosebehandlung wurde auf den Sitzungen immer wieder auf die Bedeutung der allgemeinen Maßnahmen, wie Bettruhe und Diät hingewiesen:
P. TAUSCH erwähnte es bereits 1935, F. EBERHARDT nannte die Diät 1938, und auch H. WAGNER verordnete 1955 Bettruhe und salzarme Diät.

Bezüglich des Geburtsverlaufes verglich W. LABHARDT (1938) die Behandlungsmethoden und ihre Erfolge bei der Eklampsie für die Jahre 1896 bis 1901 mit denen der Zeit von 1930 bis 1937. Während bei der früheren Behandlung mit Narkose und Entbindung per vias naturales 35% der Mütter starben, sank für den Zeitraum von 1930 bis 1937, in dem mehr als die Hälfte der Fälle durch Schnittentbindung behandelt wurden, die mütterliche Mortalität auf 4%. Für die Kinder fiel die Sterblichkeit von 51,1% auf 22,7%, korrigiert durch Ausschaltung der nicht Lebensfähigen sogar auf 5%. Das zeigt, daß die Eklampsietherapie durch die Einführung des Kaiserschnittes Fortschritte gemacht hat. W. FÜRST (1924) bezeichnete bereits 1925 auf der Sitzung in Baden-Baden die Sectio cervicalis transperitonealis als die beste Entbindungsmethode für die Eklampsie und empfahl sie als wirksamste Frühbehandlung.

Die Tagungsberichte der Oberrheinischen Gesellschaft zur Behandlung der Schwangerschaftstoxikosen wiesen auf, wie sich in den vergangenen Jahrzehnten bei ungeklärter Ätiologie, wohl abgeklärter Symptomatik die Möglichkeiten der Therapie gewandelt haben. Grundzüge der Therapie waren Ruhigstellung und Blutdruck-

senkung. Zur Blutdrucksenkung wurden teils abenteuerliche Maßnahmen, wie z.B. Mammaamputation, vorgeschlagen und früher der Aderlaß benutzt. Eine medikamentöse Therapie wird auch heute noch angewendet.

Z u s a m m e n f a s s u n g :

Die Epidemiologie der Schwangerschaftstoxikosen wurde bereits zu Beginn der 20. Jahrhunderts richtig gesehen. Die Ernährungsverhältnisse und der Sozialstatus der Bevölkerung spielten eine maßgebende Rolle in Bezug auf das Auftreten der Eklampsie. Besonders auffällig war die Abnahme der Erkrankungshäufigkeit an Eklampsie in den Kriegsjahren und die starke Zunahme in den Nachkriegsjahren (zunehmend besser werdende wirtschaftliche Lage).

Zur Ätiologie der Spätgestosen wurden auf den Sitzungen der Oberrheinischen Gesellschaft einzelne Faktoren immer wieder diskutiert. Im Urin und im Serum eklamptischer Schwangerer konnten hormonelle Veränderungen, wie z.B. Mehrausscheidung des gonadotropen Hormons im Urin, nachgewiesen werden. Bei den Schwangerschaftstoxikosen war eine exzessive Wasserretention, einschließlich einer Flüssigkeitsverschiebung vom intra- zum extravasalen Raum festzustellen. Trotz dieser Erkenntnisse konnten die Ursachen der Eklampsie nicht geklärt werden.

Die Symptomatik der Eklampsie mit den Generalsymptomen: Ödeme, Proteinurie Hypertonie u.a. wurde weitgehend richtig erkannt.

In der Behandlung der Gestosen wurden teils gute Überlegungen angestellt: z.B. diätetische Maßnahmen, wie Einschränkung der Kochsalz- und Flüssigkeitsaufnahme zur Blutdrucksenkung; teils wurden für die heutige Medizin sehr erstaunliche Maßnahmen vorgeschlagen, wie Einspritzungen von Jodalkaliumlösung in die Brüste oder sogar die Mammaamputation.

3.1.2. GEBURTSHILFLICHE OPERATIONEN

In den Sitzungen der Oberrheinischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie wurde das Thema "Geburtshilfliche Operationen" insgesamt 27mal behandelt; daraus geht hervor, daß dieses Gebiet der Geburtshilfe immer ein wesentliches Thema war. Vor dem ersten Weltkrieg wurden zwei Vorträge über die Zangenentbindung (1909 und 1911) und einer über den Kaiserschnitt (1910) gehalten, die zeigen, daß damals die Zange noch eine bedeutendere Rolle in der operativen Geburtshilfe spielte als der Kaiserschnitt.
In der Zeit zwischen den beiden Weltkriegen gaben die geburtshilflichen Operationen 16mal Anlaß zur Diskussion. Es wurden vier Referate über die Zangenextraktion und 12 über die Sectio caesarea abgegeben; dieses Verhältnis von Zange zu Sectio macht deutlich, daß der Kaiserschnitt an Bedeutung zugenommen und dadurch die Anwendung der Zange zurückgedrängt hat.
Nach einer 20jährigen Diskussionspause zu diesem Thema wurde erst wieder ab 1958 darüber debattiert. Aus den nun folgenden 15 Jahren sind drei Vorträge über die Vakuumextraktion, die aus Schweden eingeführt wurde und 1961 erstmals auf den Tagungen der Oberrheinischen Gesellschaft vorgestellt und erörtert wurde, vier über die Zangenoperation vorhanden.
Die Häufigkeitsverteilung der jeweiligen Entbindungsmethoden in den verschiedenen Zeiträumen veranschaulicht einen deutlichen Wandel auf dem operativen Gebiet der Geburtshilfe.
Die Referenten befaßten sich in ihren Beiträgen vorwiegend mit den Vor- und Nachteilen der drei Entbindungsmethoden, den Indikationsstellungen bzw. Kontraindikationen und der Durchführungshäufigkeit und Letalitätsrate der entsprechenden Operationen.

A) Die Zangenentbindung

Tagungsberichte über Indikationen für Zangenextraktion, die den Wandel in der Problematik der Anwendung und die Ergebnisse aufzeigen und erkennen lassen, liegen aus der Zeit um 1910, den Jahren zwischen 1921 und 1925 und von 1968 vor. So sprach sich K.MENGE (1909) für die Zangenentbindung bei Lebensgefahr von Mutter und/oder Kind aus. Bei diesen Indikationen empfahl H. FEHLING (1911) sogar die "hohe Zange", eine Indikationsstellung, die heute völlig durch die Sectio ersetzt wird. Für K. MENGE (1909) ergab sich eine kindliche Indikationsstellung für eine Zange bei anhaltendem Mekoniumabgang und ebenso bei länger dauernder gestörter kindlicher Herztätigkeit.
H. FEHLING (1909) plädierte darüber hinaus schon für die Anwendung der Zange bei einer länger als drei Stunden dauernden Austreibungsperiode und G. OPITZ (1924) bei einer mehr als vierstündigen wegen der drohenden kindlichen Schädigung, eine Forderung, die wir heute auch schon bei Überschreiten der Austreibungsperiode von etwa einer Stunde stellen. H. FREUND (1911) berichtete über die Durchführung der "hohen Zange" in 57 Fällen, wovon 44 bei engem Becken vollzogen wurden. Das ist eine Indikation, die nur aus der damaligen Gefährlichkeit der Sectio zu verstehen ist. Heute wird bei einem Mißverhältnis von Kopf und Becken der Kaiserschnitt durchgeführt. Zur Entwicklung einer Gesichtslage mit noch hochstehendem Kopf wurde von G. OPITZ (1921) der Gebrauch der Kielland-Zange vorgeschlagen, was heute durch Sectio ersetzt wird. R. Th. v. JASCHKE (1924) befürwortete die Zange in Fällen, in denen durch längere Zeit hindurch eine konstante Verlangsamung der kindlichen Herztöne auch in der Wehenpause unter 100 beobachtet wird.
M.-L. SCHULTHEISS (1925) führte die Zange bei drohender Asphyxie durch. Diese beiden Indikationsstellungen haben auch heute noch Gültigkeit.

Die Angaben über die Zangenfrequenz und die Sterblichkeit weichen je nach Berichterstatter sehr voneinander ab. H. FREUND (1911) berichtete über 57 Fälle mit "hoher Zange", bei denen zwei Frauen (3,5 %) und sechs Kinder (10,5 %) starben. Die allgemeine Zangenfrequenz betrug laut H. FEHLING (1911) 3,94 % (davon 4,5 % "hohe Zange"). A. MAYER (1921) verzeichnete eine kindliche Mortalität von 1,4 % auf 352 Entbindungen mit der Kielland-Zange, v.WINCKEL (1921) gab auf 635 Geburten eine von 9,8 % an, BOCKELMANN und H. J. v. DREJER (1921) hatten mit der Kielland-Zange in der Privatpraxis eine Kindersterblichkeit von 4,7 % bzw. 3,5 %. Bei einer Zangenhäufigkeit von 5,02 % auf 7157 Geburten machte an der Hebammenschule in Stuttgart die Kindersterblichkeit 5,3 % und die mütterliche Letalität 0,53 % aus (W. WALZ 1924). Anhand dieser Angaben läßt sich innerhalb von zehn Jahren ein Rückgang der kindlichen Sterblichkeit auf die Hälfte und der mütterlichen auf ein Siebtel verzeichnen.
An den streng konservativen Schulen Graz (0,82 %) und Heidelberg (1,35 %) lag die Zangenfrequenz wesentlich niedriger als in Stuttgart. Die Gesamtmortalität in Graz betrug 2,37 % und die in Heidelberg 3,53 % (W. WALZ 1924). M.-L. SCHULTHEISS (1925) ließ das Geburtenmaterial der Baseler Frauenklinik aus den Jahren 1917 - 1923 unter der Fragestellung nach dem Zusammenhang zwischen Kindersterblichkeit und Zangenhäufigkeit auswerten. Von 10309 Geburten wurde in 141 Fällen eine Zange durchgeführt (1,36 %), die Gesamtmortalität betrug 3,23 %. In 114 Fällen fand die Zange aus kindlicher Indikation wegen drohender Asphyxie statt; es starben 21 (14,8 %) Kinder. Im Vergleich dazu starben von den 379 asphyktischen Kindern mit Spontangeburt nur 29 (7,6 %). Aus diesem Ergebnis zog M.-L. SCHULTHEISS (1925) den Schluß, die Zangenfrequenz möglichst einzuschränken und

machte den Vorschlag, die Zange durch den Kristeller'schen und Ritgen'schen Handgriff mit gleichzeitiger Episiotomie zu ersetzen.
H. SELLHEIM (1911) schätzte die Gefahren einer schwierigen "hohen Zange" in der Praxis für die Mutter höher als diejenigen des extraperitonealen Uterusschnittes, eine Ansicht, die sich durchsetzte und heute nicht mehr zur Diskussion steht. K. MENGE (1924) äußerte sich dahingehend, daß die Zange für viele Mütter Nachteile bringe, wie Schädigung durch Infektion, durch Verletzungen und durch größere Blutverluste.
Nach einer mehr als 40jährigen Diskussionspause zum Thema 'Zangenextraktion' berichtete P. THIESSEN (1968) auf der Sitzung in Karlsruhe über seine eigene Zangentechnik mit eigenem Zangenmodell. (Die neue Technik habe den Vorteil, daß die Zugrichtung in Richtung des Längsdurchmessers des Zangenfensters liege, daß die Extraktion im Sitzen durchgeführt werden könnte und ein geringerer Kraftaufwand nötig sei.) Außerdem wies P. THIESSEN auf einen Wandel in der Geburtshilfe hin: Seit 1934 wurde die traditionelle, konservative-expektative Leitung der Geburt zugunsten der prophylaktischen vorsorgenden Geburtshilfe aufgegeben.

B) Die abdominale Schnittentbindung

Das immerwährende Interesse für die Problematik der Sectio caesarea zeigt sich in der häufigen Behandlung dieser Entbindungsmethode im Berichtszeitraum (17 Vorträge). Die damalige Sonderstellung der Sectio ergibt sich aus einem Beitrag von H. FREUND (1910) über drei Fälle mit indiziertem Kaiserschnitt und den folgenden Indikationsstellungen für die Sectio caesarea: Unpassierbarkeit des vaginalen Weges, z.B. starre, nicht erweiterte Zervix mit vorausgegangener

starker Blutung, Appendicitis und Peritonitis im vierten Schwangerschaftsmonat, vorzeitige Placentalösung, inkomplette Ruptur, Gefäßzerreißung, Atonia uteri. Als weitere Indikationen für die abdominale Schnittentbindung nannte E. FETZER (1924) die Placenta praevia (die Notwendigkeit dieser Frühoperation unterstrichen Th. FREY (1926), P. HÜSSY (1932), F. EBERHART (1936)), sehr alte Erstgebärende (dies wurde von P. HÜSSY (1932) nochmals betont) und den Nabelschnurvorfall. Bereits K. MENGE (1924) fügte das absolut verengte Becken hinzu, eine Indikationsstellung, auf die auch P. HÜSSY (1932) und F. EBERHART (1936) besonders hinwiesen, was heute der allgemeine Entbindungsmodus bei Mißverhältnis von Kopf und Becken ist. Zu den bereits aufgezählten Operationsindikationen erwähnte P. HÜSSY (1932) die Eklampsie (von F. EBERHART (1936) nochmals wiederholt), Ovarialtumoren und die Beckenexostose. H. BACH (1958) machte auf den Wandel der Indikationsstellung zum Kaiserschnitt aufmerksam. Die kindlichen Indikationen würden zunehmen und klassische Indikationen wie Spätgestosen, Placenta praevia, enges Becken seltener werden. Bei Eklampsie sei seit Jahren keine Sectio mehr in Heidelberg durchgeführt worden. Das Resultat war eine abnehmende Müttersterblichkeit.

Zum Wandel der Kaiserschnittfrequenz teilte J. BERGER (1964) auf der Sitzung in Basel 1964 seine Ergebnisse mit. In den letzten 30 Jahren, aber vor allem in den letzten 10 Jahren sei eine eindeutige Zunahme der Sectiohäufigkeit zu verzeichnen. Während 1936 die Schnittentbindung 2,0 % betrug, machte sie zwischen 1952 und 1963 an der Baseler Frauenklinik 5,9 % und 1963/64 sogar 7,0 % aus. H. BACH (1958) gab bekannt, daß an der Heidelberger Klinik zwischen 1945 und 1957 bei 4,52 % der Geburten eine Sectio durchgeführt wurde. An der Freiburger Frauenklinik kamen in den Jahren 1955 bis 1959 3,8 % der Kinder durch einen Kaiser-

schnitt zur Welt (J. NOBEL 1960). Mit der Abnahme der Operationsgefährdung wurde die Sectio häufiger angewandt, weil sie schonender für Mutter und Kind ist. Die Studie von J. BERGER (1964) bewies ferner die verminderte Operationsgefährdung durch die Abnahme der mütterlichen Mortalität nach Sectio. In einer 4-Jahresgruppe von 1908 bis 1912 betrug sie 14,6 %, in einer von 1936 bis 1939 (vor dem zweiten Weltkrieg) 6,2 %, nach dem Krieg (aufgrund postoperativer Behandlung) 1,0 % und 1959 bis 1963 nur noch 0,3 %; dieses letzte Ergebnis stimmte auch mit den Resultaten der Freiburger Frauenklinik aus den Jahren 1955 bis 1959 überein (J. NOBEL 1960). E. FETZER (1924) führte für die Jahre 1919 bis 1923 einen Vergleich der Resultate von klinischer (bei Einschränkung der operativen Entbindung) und außerklinischer Geburtshilfe bei engem Becken an. Die kindliche Mortalität betrug bei den Klinikentbindungen (Sectio nur in 12 % der Fälle) 3,2 %, bei den außerklinischen allerdings 35 %. E. FETZER (1924) wies mit Nachdrücklichkeit darauf hin, daß das enge Becken in die Klinik gehöre. Die Ergebnisse von E. FETZER (1924) machten deutlich, daß für Frauen mit engem Becken eine Klinikentbindung vorzuziehen sei, da sie wesentlich risikoärmer sei und mit einer niedrigeren kindlichen Mortalität einhergehe als eine außerklinische, ein Punkt, über den heute nicht mehr diskutiert wird.

Die Frage nach einem Zusammenhang zwischen Kaiserschnitt und Fertilität gab auf mehreren Sitzungen der 30er Jahre Anlaß zur Diskussion. B. TAUSCH (1932) wertete das geburtshilfliche Material der Jahre 1917 bis 1932 aus (14436 Geburten an 366 Frauen mit 404 Kaiserschnitten). Von den 225 Frauen, die nachuntersucht werden konnten, wurden 90 (40 %) erneut schwanger, und zwar war die Erstkonzeption am häufigsten in den ersten zwei Jahren nach der Schnittentbindung.

135 (60 %) Frauen blieben steril, von diesen lehnten 74 % eine weitere Schwangerschaft ab, 9 % überschritten die Altersgrenze und 17 % blieben trotz sehnlichem Kinderwunsch steril. Auffallend war eine große Aborthäufigkeit in den ersten beiden Jahren nach der Sectio. B. TAUSCH (1932) zog aus seiner Studie den Schluß, daß die Verminderung der Fertilität infolge Schnittentbindung relativ gering sei und daß somit die Fruchtbarkeitsminderung durch den Kaiserschnitt auf die Indikation der Sectio keine Auswirkung habe. P. HÜSSY (1932) faßte seine Untersuchung von 251 Kaiserschnitten der Jahre 1921 bis 1932 dahingehend zusammen, daß der Sectio caesarea keine Einkindersterilität bzw. sekundäre Unfruchtbarkeit vorgeworfen werden könnte, wenn auch feststehe, daß die Fertilität nach Kaiserschnitt etwas vermindert sei. MENNET (1932) nannte für die Berner Frauenklinik eine Sterilitätshäufigkeit von 34,88 % (Vergleichszahlen nach Spontangeburt und rein vaginalen operativen Geburtsfällen: 22 % bis 24 %), für Aarau eine von 30,4 % und HUEBER (1932) für die Baseler Klinik eine von 66 %. O. BUSSE (1938) berichtete, daß in den letzten drei Jahren in der Heidelberger Klinik von 72 durch Sectio entbundenen Frauen 28 (ca. 30 %) erneut schwanger wurden. Er begründete die gute Fertilität mit dem in allen Fällen durchgeführten Uterusquerschnitt, der aufgrund der Anatomie der Muskulatur beste Heilungsaussichten bieten würde.

Untersuchungs-technische Probleme wurden auf mehreren Sitzungen diskutiert.

Zur Frage der inneren vaginalen oder rektalen Untersuchung nahmen mehrere Teilnehmer auf der Tagung in Baden-Baden 1927 Stellung: F. EBERHART (1927) und JOHANNSEN (1927) sprachen sich für die innere Untersuchung aus, sie sei genauer, und für den praktischen Geburtshelfer auf dem Lande sei ein doppeltes

Verfahren zu umständlich. Als Nachteil der äußeren Untersuchung wurden Verletzungen im Darm mit Infektionsgefahr genannt. Nur bei unklarem rektalen Befund plädierte Kj. v. OETTINGEN (1927) für die vaginale Untersuchung während der Geburt. Vertreter der äußeren Untersuchung waren M. PANKOW (1927), der sie wegen der geringeren Gefahr der exogenen Infektion und der Verschleppung der endogenen Keime bevorzugte, und A. MAYER (1927), der sie für ausreichend hielt mit Ausnahme der Unterrichtszwecke der Studenten. Heute wird die innere vaginale Untersuchung bei uns routinemäßig durchgeführt.

Über die Schnittführung bei der Sectio caesarea gingen die Meinungen auch auseinander: Th. FREY (1926) war für die abdominale Schnittentbindung im Corpus uteri, während W. LABHARDT (1926) und F. VOGT (1926) sich für den tiefen Uterusschnitt aussprachen. I. FELDWEG (1935) empfahl ebenfalls den Uterusquerschnitt, da eine bessere Deckung mit Blasenperitoneum möglich sei. Diese Methode findet heute ausschließlich als Sectio caesarea isthmica transversalis extraperitonealis Anwendung.

Über den Einfluß von Allgemeinnarkose bzw. Lokalanästhesie bei einer Schnittentbindung auf das Wohlbefinden von Mutter und Kind führte Th. FREY (1928) eine Untersuchung durch. Er wertete die Beobachtungen von 353 Sectiones (72 in Allgemeinnarkose, 281 in Lokalanästhesie), die an der Züricher Klinik vom 1. 1. 1920 bis zum 1. 1. 1928 gemacht wurden, aus. Die Resultate zeigten bei Allgemeinnarkose einen geringeren Anteil lebensfrischer Kinder (68,8 % zu 11,9 %) und eine höhere Letalitätsrate (5,8 % zu 13,2 %). Th. FREY (1928) bezeichnete die Lokalanästhesie bei Schnittentbindung als Anästhesierungs-Methode der Wahl bis auf die Kontraindikation von Eklampsie und Oligophrenie. Auch in den Jahren 1924 und 1926 hatte

Th. FREY darauf hingewiesen, daß die Sectio in Lokalanästhesie die mütterliche Mortalität reduzieren würde. I. FELDWEG (1935) bestätigte eine größere Lebenssicherheit für Mutter und Kind bei Lokalanästhesie. 25 Jahre danach berichtete J. NOBEL (1960) über seine 5jährigen Erfahrungen (1955 bis 1959) mit der Intubationsnarkose bei Kaiserschnitt. Die mütterliche Letalität betrug nur noch 0,3 %. STÖCKLI (1960) und H. BACH (1960) unterstrichen die guten Ergebnisse mit diesem Narkosemittel, während GENSLE (1960) sich für die Lumbalanästhesie einsetzte.

Bei der Behandlung des Themas "Beckenendlage (BEL) und Kaiserschnitt" auf der Sitzung in Straßburg im Jahre 1973 zeichnete sich ein zeitgemäßer Trend zur primären Sectio bei BEL ab. C. M. SCHLOTTER (1973) und U. EGGIMANN (1973) wiesen auf die besseren Base-Exzeß-, Standardbikarbonat- und Apgarwerte bei der primären abdominalen Schnittentbindung im Vergleich zu den übrigen vaginalen Entbindungsverfahren und der Entwicklung nach Bracht hin. Einige Referenten berichteten über die starke Zunahme der Sectiofrequenz bei einer BEL-Häufigkeit von 4,0 %, z. B. von 7,0 % (1962) auf 27,0 % (1972) (P. BADER 1973), von 11,0 % auf 19,4 % (U. EGGIMANN 1973) und auf 21,5 % (W. OBOLENSKY 1973). V. GULIK (1973) teilte mit, daß 1971/72 von 139 BEL-Kindern (nach Abschluß der 37. Schwangerschaftswoche) 41 % mittels Sectio zur Welt kamen, 30 % spontan vaginal und 29 % vaginal operiert wurden. Dieses Ergebnis unterstrich die Forderung von H. MONNET (1973), R. MINGEOT (1973), H. FABIAN (1973), u. a. nach verstärkter primärer Sectio. KNÖRR (1973) wies auf eine noch nicht abgeschlossene Studie hin, aus der aber bereits hervorging, daß zum einen die neurologischen Ausfälle bei vaginaler Entbindung von BEL-Geburten dreimal höher seien als bei Schädellagengeburten und zum anderen

die Entwicklung der BEL durch Sectio einhalbmal niedrigere neurologische Ausfälle verzeichnete als die Schädellagengeburt. Die eindeutige starke Zunahme der Sectiofrequenz bei BEL ist damit zu begründen, daß der Kaiserschnitt für das Kind wesentlich ungefährlicher und risikoärmer ist als die vaginale Entbindung.

C) Die Vakuumentbindung

Über die Vakuumextraktion (VE) wurde auf drei Sitzungen in den 60er Jahren diskutiert, als damals die VE Eingang in das deutsche Gebiet fand. A. KESSLER (1960) berichtete über die Erfahrungen der Mannheimer Frauenklinik mit dem Vakuumextraktor, der seit Anfang 1959 bei 1800 Geburten 89mal (4,9 %) zur Anwendung kam. In dem gleichen Zeitraum sei die Zangenfrequenz von 1,9 % auf 0,27 % und die der Sectio von 3,4 % auf 2,8 % zurückgegangen. Als Vorteile nannte A. KESSLER (1960) die Verkürzung der Geburtsdauer, die Möglichkeit, einen im Beckeneingang stehenden Kopf durch wehensynchronen Zug zum Beckenboden zu bringen und die Beeinflussung der sekundären Wehenschwäche und des noch nicht vollständig eröffneten Muttermundes durch Zug auf die Zervix. H. STEGMANN (1963) führte an, daß bei Versagen der konservativen Mittel bei indifferenter Haltung des Kopfes in tiefem Querstand mit dem Vakuumextraktor sehr leicht eine Geburtsbeendigung gelingen würde. OEHLERT (1960) postulierte die Anwendung der Vakuumentbindung bei tuberkulösen Frauen mit vorausgegangenem Pneumothorax und Lungenresektion und bei herzkranken Frauen zur Vermeidung der Presswehen; dadurch könnte eine Sectio vermieden werden. NEUWEILER (1960) warnte vor der Polypragmasie bei Anwendung der Vakuumextraktion, wies aber auch auf den Fortschritt der VE anstelle der "hohen Zange" bei Eklampsie und noch beweglichem Kopf hin.

Kein Anhänger der VE war P. THIESSEN (1960), der die Ansicht vertrat, daß sie nur zur Polypragmasie führe. Er bezeichnete die "Beckenausgangszange" als das sicherste, schonendste und eleganteste Entbindungsverfahren und gab für die Zeit ab 1952 bei 6114 Geburten eine Zangenfrequenz von 4,0 % gegenüber einer Sectiohäufigkeit von 2,5 % an.
Mit der Einführung der VE aus Schweden zu Beginn der 60er Jahre vollzog sich ein Wandel auf dem operativen Gebiet der Geburtshilfe. Diese neue Entbindungsmethode ließ für einige Jahre sowohl die Zangen- als auch die Sectiofrequenz zurückgehen.

Z u s a m m e n f a s s u n g :

Die Tagungsberichte über die geburtshilflichen Operationen lassen einen Wandel in der Anwendung und den Ergebnissen der drei Entbindungsmethoden (Zange, Sectio und Vakuumextraktion) erkennen.
Bis etwa zum Jahre 1925 nahm die Zangenentbindung die führende Rolle auf dem Gebiet der operativen Geburtshilfe ein. Ein Großteil der Zangenindikation läßt sich nur aus der damaligen Gefährlichkeit der Sectio verstehen: z. B. bei einem Mißverhältnis von Kopf und Becken, für die Entwicklung einer Gesichtslage und ebenso bei Lebensgefahr von Mutter und/oder Kind. Bei diesen Zangenindikationsstellungen der damaligen Zeit wird heute der Kaiserschnitt durchgeführt. Mit Abnahme der Operationgefährdung wurde die Sectio immer häufiger angewandt. Die Tagungsberichte zeigen seit dem Jahre 1935 eine ständige Zunahme der Sectiofrequenz auf (1936: 2,0 %; 1952 bis 1962: 5,9 %; 1963/64: 7,0 %). Damit einher ging eine Abnahme der mütterlichen Mortalität nach Kaiserschnitt (1908 bis 1912: 14,6 %; 1926 bis 1939: 6,2 %; 1959 bis 1963: 0,3 %). Die Einführung der Vakuumextraktion aus Schweden um das Jahr 1960 zog

zunächst eine Welle der Begeisterung für diese neue Entbindungsmethode nach sich und bewirkte dadurch einen kurzzeitigen Rückgang an Zangen- und Kaiserschnittentbindungen.
Aufgrund der Fortschritte und Verbesserungen sowohl auf dem operativen Gebiet der Geburtshilfe als auch in der postoperativen Behandlung nahm die mütterliche und die kindliche Mortalität in den Jahren zwischen 1910 und 1960 beträchtlich ab.
Auf den Wandel von der konservativ-expektativen Geburtsleitung zur prophylaktischen vorsorgenden Geburtshilfe wiesen die Referenten und Vortragenden auf der Sitzung in Straßburg 1973 hin, wobei letztmalig die Problematik des geburtshilflichen Vorgehens diskutiert wurde.

3.1.3. SCHWANGERSCHAFTSUNTERBRECHUNG UND FEHLGEBURT

Die Problematik von Schwangerschaftsunterbrechung und Fehlgeburt wurde auf den Tagungen der Oberrheinischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie innerhalb der letzten 75 Jahre häufig (25mal) behandelt, was deutlich macht, daß dieses Thema stets von großem Interesse war und somit immer wieder erneut Anlaß zur Diskussion gab.
Die Tagungsberichte zeigen einen deutlichen Wandel bezüglich der Indikationsstellungen des künstlichen Aborts, der Methoden der Schwangerschaftsunterbrechung (einschließlich ihrer Folgen bzw. Komplikationen), der gesetzlichen Regelungen, Maßnahmen und Bestrebungen und der Therapie des habituellen Aborts auf.

Bezeichnend hierfür ist die Diskussion einer Schwangerschaftsunterbrechung durch ein Schweizer Mitglied der Gesellschaft, die zu ernsten Kontroversen führte, die im einschlägigen Schrifttum dokumentiert sind (A. HEGAR, 1913).
NIEBERGALL, Frauenarzt und Leiter einer privaten Frauenklinik in Basel, hatte im Dezember 1911 ein 15jähriges Mädchen mit Uterus-Sondierung untersucht und dabei angeblich eine Schwangerschaft übersehen. Einige Tage später kam es zum Abort. Im Januar 1912 erstattete O. v. HERFF, Direktor des Basler Frauenspitals, Anzeige gegen NIEBERGALL wegen krimineller Abtreibung. Im März 1912 wurde NIEBERGALL freigesprochen, da ein genügender Beweis für vorsätzliche Abtreibung nicht gegeben sei.
Der Antrag auf Ausschluß NIEBERGALLS aus der Oberrheinischen Gesellschaft wurde im Oktober 1912 mit einer geringen Mehrheit abgelehnt. A. HEGAR war für den Ausschluß, "er konnte sich mit der ihm eigenen Sittenstrenge der wesentlich legereren Mehrheitsansicht

nicht anschließen (A. MAYER, 1955)." B. KRÖNIG war gegen den Ausschluß, er vertrat die Ansicht, daß sich eine wissenschaftliche Gesellschaft mit der ethischen und moralischen Einstellung ihrer Mitglieder nicht zu befassen habe.

Die Indikation des künstlichen Aborts stellte H. BAYER (1912) auf der Tagung in Baden-Baden im Jahre 1912 unter folgender Fragestellung zur Diskussion: "Läßt sich der künstliche Abort aus rassehygienischen Gründen motivieren?" Die Sitzungsteilnehmer kamen zu dem Ergebnis, daß aufgrund der Unsicherheit in der Beurteilung der Lebensprognose einer noch ungeborenen Frucht die rassehygienische Indikation des künstlichen Aborts zu verwerfen sei. Die Interruptio graviditatis bei vererbbaren Krankheiten sei ohne Erkrankung der Frucht kontraindiziert.
Während A. MAYER (1918) und H. FREUND (1919) in den Jahren 1918 und 1919 die soziale und die eugenische Indikation der Schwangerschaftsunterbrechung ärztlicherseits noch ablehnten, wurde auf dem Allukrainischen Kongress in Kiew, Mai 1927, die soziale Indikation zum Abort anerkannt. A. MAYER (1932) referierte über die russischen Erfahrungen mit der Legalisierung des Aborts: Um den kriminellen Abort wegen seiner Gefahren für Gesundheit und Leben auszuschalten und den Frauen eine wirksame ärztliche Hilfe zu geben, hatte das russische Gesetz die Interruptio graviditatis legalisiert, und zwar beschränkt auf die ersten drei Monate der Schwangerschaft. Die Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung aufgrund von Erkrankungen anderer Organsysteme wurden auf einigen Tagungen diskutiert. Während die Lungentuberkulose vor 50 bis 60 Jahren noch eine häufige Indikation für den künstlichen Abort darstellte, hat sie heute dank der wirksamen Behandlung mit Tuberkulostatika als Ursache für eine Interruptio an Bedeutung verloren. F. VOGT (1923) berichtete, daß an seiner Klinik im Jahre 1932 in 32

von 40 Fällen eine Lungentuberkulose Grad II bis III zu einer Schwangerschaftsunterbrechung Anlaß gab. Auch F. FREUND (1919) zählte die aktive, progrediente und destruktive Tbc in der ersten Hälfte der Schwangerschaft zu den häufigen Indikationen des künstlichen Aborts. Chronische Nierenentzündungen indizierten ebenfalls, jedoch seltener als die Tbc, eine Interruptio, wie aus den Vorträgen von H. FREUND (1919) und F. VOGT (1923) hervorgeht. Herzerkrangungen waren eine verhältnismäßig seltene Indikation (H. FREUND, 1919). A. MAYER (1918) und H. FREUND (1919) lehnten neben den oben genannten anerkannten Indikationen die folgenden ab: Blutungen in der letzten Schwangerschaft oder bei der letzten Geburt, Fieber im vorausgegangenen Wochenbett, Schmerzen, Krampfadern, enges Becken, Emesis/ Hyperemesis, Unterernährung, Appendicitis, Psychosen, u.a. Augenerkrankungen während der Schwangerschaft als Interruptio-Indikation stellte F. EBERHART (1923) zur Diskussion. Er verwies auf ADAM, der bei der Gefährdung des mütterlichen Sehvermögens auf über die Hälfte der normalen Sehschärfe die Unterbrechung der Schwangerschaft empfahl, und auf MAJEWSKI, der die Interruptio in folgenden Fällen für berechtigt ansah: Ablatio retinae, Renitis albuminurica, urämische Amaurose, Hornhautgeschwüre, perniziöse Myopie. Auf die Gefahren der Strahlenschädigung im Rahmen der Richtlinien zur medizinischen Indikation der Schwangerschaftsunterbrechung ging P. MÜLLER (1963) in seinem Vortrag ein. Er sagte, die Eventualität von strahlenbedingten genetischen Schädigungen der Mutter bilde grundsätzlich keine Indikation zur Interruptio graviditatis. ST. CLOEREN und M. MALL (1964) zogen aus einer Aufstellung von 67 Fällen mit der Kombination Gravidität und Malignom aus den Jahren 1937 bis 1963 folgenden Schluß: Patientinnen, bei denen das Malignom in der Frühgravidität entdeckt und behandelt wurde, hatten eine bessere Prognose als die Patientinnen,

bei denen die Schwangerschaft ausgetragen wurde.

Die Methoden der Schwangerschaftsunterbrechung haben sich in den vergangenen 70 Jahren gewandelt. R. AMERSBACH (1910) berichtete auf einer Tagung im Frühjahr 1910 über die Einleitung des künstlichen Aborts durch Dilatation der Cervix mit Laminariastiften, eine Methode, die heute aufgrund der Infektionsgefahr kaum noch angewendet wird. A. HEGAR (1910) sprach sich bereits damals gegen die Laminariaanwendung aus, da sie unzuverlässig und gefährlich sei.

Auf den Sitzungen der Jahre 1931 und 1932 warnten die Referenten vor der weiteren Anwendung des Salbenaborts: P. PANKOW (1931) berichtete über den tödlichen Ausgang der Aborteinleitung mit Interruptin; die Gefahren dieses Mittels beständen in Uterusperforation, Fett- und Luftembolie. I. FELDWEG (1931) teilte mit, daß es in der Stuttgarter Frauenklinik zu einem Todesfall nach Provocolininjektion gekommen sei; bei der Obduktion konnte ein perforierter Uterus nachgewiesen werden. K. WELSCH (1932) wies darauf hin, daß neben den tödlichen Zwischenfällen beim Salbenabort auch die Gefahr der lokalen Gewebsschädigung bestehe. Die Untersuchung eines Uterus neun Wochen nach erfolgter Schwangerschaftsunterbrechung mit Provokol ergab folgenden Befund: schwere Verätzungen auf dem Pelveoperitoneum, fast vollständiger Mucosaverlust, ausgedehnte Atresien im Cavum uteri, diffuse Rundzellinfiltrationen in der Gebärmutterwand, ältere und frischere Blutungen in der Muskulatur. I. FELDWEG (1932) lehnte die Durchführung des Salbenaborts ab; er bezeichnete die Salbenmethode als "Kurpfuscherei". Als Alternative zu den bisherigen Methoden schlug er die Abrasio oder die Hysterotomia vaginalis anterior in Lokalanästhesie vor. A. MAYER (1932) nannte die Dilatation nach HEGAR und Abrasio in einer Sitzung die bevorzugte Methode der Schwangerschaftsunterbrechung. Akute Gefahren beim künstlichen

Abort seien die Cervixeinrisse und die Uterusperforation, nicht vergessen werden dürften außerdem folgende Spätschäden: Dysmenorrhoe oder Sterilität infolge Narbenbildung, Oligomenorrhoe (74%), Entzündungen, schwere Störungen bei späteren Geburten, Extrauteringravidität, u.a.
K. DECKER (1978) teilte mit, daß neben vorherbestehenden Genitalinfektionen und zunehmender Schwangerschaftsdauer die Methode des Schwangerschaftsabbruchs zu den prädisponierenden Faktoren für infektiöse Komplikationen zähle. So komme es bei der konventionellen Dilatation und Curettage in 0,9 bis 6,2% der Fälle zu Fieber, bei der Aspirations-Curettage in 0,1 bis 5,0% und bei der Hysterotomia und Hysterektomie in 10 bis 60% der Fälle. Die prophylaktische Antibiotika-Gabe bei legalem Schwangerschaftsabbruch senke die febrile Morbidität auf 0,55 bis 1,45%.

Das formelle Vorgehen bei einem künstlichen Abort und die gesetzlichen Bestrebungen wurden auf den Tagungen der Oberrheinischen Gesellschaft in den Jahren 1918, 1925 und 1932 diskutiert.
A. MAYER (1918) erläuterte in seinem Vortrag die gesetzlichen Abwehrbestrebungen gegen die laxen Indikationen zum artefiziellen Abort. Eine Forderung bestand darin, daß sich jeder Arzt vor der Durchführung eines künstlichen Aborts mit einem zweiten Arzt beraten solle. Die Erhebung eines Konsiliums zur gesetzlichen Pflicht wurde aufgrund einer Anzahl von Bedenken abgelehnt, wie z.B.: "Gleiche Brüder finden sich überall, das zeigen ja doch die ärztlichen Abtreibenester in den Großstädten." Die Zuziehung eines Amtsarztes, dem die notwendige Kenntnis und Erfahrung aus medizinischer Sicht fehlt, wird zur leeren Zeremonie. Was ist, wenn der zuständige Vertrauensarzt verreist, erkrankt oder verzogen ist? Soll auch der Leiter einer öffentlichen Entbindungsanstalt unter allen Umständen einen Konsilarius zuziehen müssen? Wie stellt sich

das Gesetz, wenn ein bestimmtes Konsilium den Abort ablehnt, die Schwangere aber gleich danach die Wege zu einem anderen Konsilium findet, daß ihn für angezeigt hält? Ein weiteres Abwehrmittel gegen den künstlichen Abort war die Anzeigepflicht, deren Einführung amtlich beabsichtigt wurde. Sie wurde jedoch ebenfalls wegen der Unmöglichkeit ihrer wirklichen Durchführung abgelehnt. Folgende Argumente gegen die Anzeigepflicht wurden angeführt: Sie belästige den Arzt, sie bedrohe den Arzt zu schwer, wenn er die Anzeige versäume, sie sehe nach einer öffentlichen Mißtrauenserklärung aus, sie bedeute eine Preisgabe des ärztlichen Berufsgeheimnisses, sie treibe die Frauen zum Kurpfuscher.
E. FREY (1925) ging einige Jahre später nochmals auf die Forderung eines Konsiliums ein. Er schlug vor, daß bei der therapeutischen Schwangerschaftsunterbrechung aus extragenitaler Ursache der Hausarzt, ein sachverständiger Gutachter und ein gynäkologisch operativ geschulter Arzt zusammenarbeiten sollten.
C.J. GAUSS (1925) ging soweit, daß er für jeden therapeutischen Abortus ein Konsilium dreier Ärzte - Gynäkologe, Facharzt der entsprechenden Krankheit, beamteter Arzt - forderte. G. OPITZ (1925) dagegen lehnte ein Konsilium ab, da es die Entscheidungsfreiheit eines jeden einzelnen Arztes zu sehr einschränke.
A. MAYER (1932) referierte den offiziellen Bericht des Allukrainischen Kongresses in Kiew, Mai 1927. Danach wollte das russische Gesetz in erster Linie den kriminellen Abort ausschalten und erkannte zu diesem Zweck die soziale Indikation zum Abort an, die auf die ersten drei Monate beschränkt werden sollte. A. MAYER schloß seinen Vortrag mit dem Hinweis ab, daß nach der vorherrschenden Ansicht an die Stelle des künstlichen Aborts antikonzeptionelle Mittel treten sollten.

Die Therapie des habituellen Aborts wurde auf den Tagungen der Jahre 1938, 1939, 1951 und 1957 erörtert.

O. KNEER (1938) berichtete über gute Erfolge mit der Serumbehandlung, und zwar besonders in solchen Fällen, bei denen eine hormonelle Störung als Abortursache vorliege; zu Versagern komme es bei "krankhafter Fruchtbildung". O. KNEER verabreichte seinen Patientinnen alle vier Wochen 20 ccm Schwangeren-Serum, dessen Wirkung auf verschiedene Weise zu erklären sei: Behebung einer allgemeinen hormonellen Störung, Wachstumsbegünstigung und Ruhigstellung des Uterus, Begünstigung der Fruchtentwicklung bzw. Verhinderung einer krankhaften Fruchtbildung.

O. BUSSE (1939) behandelte von 1935 bis Mitte des Jahres 1938 51 Fälle von habituellem Abort mit Corpus-luteum-Hormon. In den letzten Jahren wurden 2 mg, später 5 mg täglich bei Symptomen des drohenden Aborts verabreicht. Die Erfolge waren in beiden Behandlungsgruppen gleich. O. BUSSE vertrat aufgrunddessen die Ansicht, daß man besser mit großen Dosen, die keinen Schaden anrichten, behandeln solle als mit zu geringen, solange man nicht wisse, wie groß das Defizit an Corpus-luteum-Hormon sei.

V. PROBST (1951) therapierte den habituellen Abort bei einer Reihe von Patientinnen mit 2210 mg Cyren für 126 Tage und bei einer anderen Reihe mit 4640 mg für 164 Tage. Er teilte mit, daß diese hohen Dosen der Substanz gut vertragen wurden und daß nie Schäden bei Mutter oder Kind nachgewiesen werden konnten. Inzwischen ist dieses Medikament aus dem Handel gezogen worden, da bei den Kindern, deren Mütter mit Cyren behandelt worden sind, Scheiden-Carcinome nachgewiesen wurden.

R. MEY (1957) wies auf die Insuffizienz des Cervixverschlusses als mögliche Abortursache hin, die er mit einer Cerclage der Cervix-Isthmus-Gegend behandelte.

Z u s a m m e n f a s s u n g :

Die Indikationsstellungen des künstlichen Aborts haben sich im Laufe von 75 Jahren deutlich gewandelt, während 1918/19 die soziale und eugenische Indikation der Schwangerschaftsunterbrechung noch als "mißbräuchliche medizinische Indikation" galt, wurde sie auf dem ertsen Allukrainischen Kongress in Kiew anerkannt. Strahlenschäden stellten grundsätzlich keine medizinische Indikation des künstlichen Aborts dar.
Die Lungentuberkulose war vor 50 bis 60 Jahren häufig eine Indikation für die Schwangerschaftsunterbrechung, heute ist sie durch die Möglichkeit der tuberkulostatischen Behandlung weit in den Hintergrund getreten.

Die Methoden der Schwangerschaftsunterbrechung haben sich ebenfalls gewandelt. Die Cervix-Dilatation mit Lamariastiften (1910) und der Salbenabort mit Interruptin oder Provocolin (1932) sind heutzutage aufgrund der hohen Infektionsgefahr, wegen nachgewiesener lokaler Gewebsschädigung und aufgetretener Todesfälle obsolet. Andere Verfahren, wie z.B. die Abrasio oder die Dilatation nach HEGAR, die bereits 1932 durchgeführt wurden, werden auch heute noch angewendet.

Gesetzliche Regelungen zum künstlichen Abort wurden erstmals 1918 angestrebt. Während damals die Beratung mit einem zweiten Arzt und die Anzeigepflicht bei therapeutischer Schwangerschaftsunterbrechung einstimmig abgelehnt wurden, ist heute die ärztliche und soziale Beratung zur Selbstverständlichkeit geworden.

Zur Therapie des habituellen Aborts wurden 1938/39 die Gabe von Corpus-luteum-Hormon vorgeschlagen. Die Therapie mit Cyren, die 1951 gute Erfolge verzeichnete, ist heute obsolet, da bei den Kindern,

deren Mütter mit Cyren behandelt wurden, nach einer Latenzzeit von mehreren Jahren Scheiden-Carcinome aufgetreten sind.
Die Cerclage bei Cervixinsuffizienz wird auch heute noch durchgeführt.

3.2. Gynäkologische Themen

3.2.1. S T E R I L I T Ä T

Die Frauenheilkunde beschäftigte sich schon immer mit der Diagnostik und Behandlung der ungewollten Kinderlosigkeit. So wurde das Thema "Sterilität" im Laufe der Jahre der Geschichte der Oberrheinischen Gesellschaft auf den Kongressen neunmal behandelt.
Die beiden ersten Vorträge wurden 1922 gehalten, was anzeigt, daß die Sterilität damals an Bedeutung zugenommen hat und zu einem aktuellen Problem geworden ist (A. MAYER 1922: "Über die Zunahme der sterilen Ehen seit dem Kriege"). Mit diesen ersten Beiträgen diskutierte man vor allem das weite Spektrum der Sterilitätsursachen. Auf die Diagnostik gingen die Sitzungsteilnehmer nicht ausführlich ein, aufgrund der zur damaligen Zeit noch sehr geringen Möglichkeiten und großen Unsicherheit auf diesem Gebiet, was auch H. FREUND (1922) in seinem Vortrag zum Ausdruck brachte.
Nach einer 15jährigen Diskussionspause wurde die Problematik der Sterilität erneut auf den Tagungen der Oberrheinischen Gesellschaft angesprochen, was wohl mit der politischen Situation in Deutschland zusammenhing. Die Referenten befaßten sich in den Jahren 1937 und 1939 mit der Diagnostik und der Therapie der Sterilität, auf deren Gebiet sich neue Möglichkeiten aufgetan hatten (diagnostisch: Salpingographie und Pertubation, therapeutisch: Tubenimplantation).
In den vergangenen 25 Jahren fand in regelmäßigen Abständen von 5 bis 8 Jahren ein Erfahrungsaustausch über die Ätiologie, Diagnostik und Therapie der Sterilität statt. Dabei zeichneten sich weitere Fortschritte in der Diagnosestellung bis zur Laparoskopie und Hysteroskopie und in dem therapeutischen Vorgehen bis zur Mikrochirurgie ab.

Die Sterilitätsursachen wurden sehr eingehend auf der Tagung des Jahres 1922 in Basel besprochen.
H. FREUND (1922) sah in der Hypoplasie des weiblichen Genitale (Infantilismus) eine Sterilitätsursache, die 25 % der ungewollten Kinderlosigkeit ausmache.
Auch A. MAYER (1922) vertrat die gleiche Ansicht, die man heute aber ablehnen kann. H. FREUND (1922) führte als weiteres die chronischen Genitalentzündungen an, die in 30 % der Fälle eine Konzeption verhindern würden. A. MAYER (1922) stellte diagnostisch mittels Abrasio fest, daß die Genitaltuberkulose in 7,8 % der untersuchten Fälle eine Sterilität zur Folge hatte. Außerdem machte er darauf aufmerksam, daß die Störungen der inneren Sekretion auch eine wichtige Rolle in der Ätiologie der Sterilität spielen. E. VOGT (1922) stellte bereits 1922 die Spermaimmunität, die auch heute noch debattiert wird, und "bionegative Einwirkungen des Eiweißes der männlichen Keimzellen auf den weiblichen Organismus" als mögliche Sterilitätsursache zur Diskussion. E. OPITZ (1922) betonte bereits 1922, daß nach einer Schätzung in bis zu 20 % der Fälle, in denen eine Konzeption unmöglich ist, eine gestörte Spermatogenese dafür verantwortlich zu machen sei. Als seltene Ursache für eine ungewollte Kinderlosigkeit erwähnte E. OPITZ (1922) die Ovarialtumoren.
Neben diesen organischen und funktionellen Ursachen stellten A. MAYER (1922) und F. EBERHART (1922) soziale und psychogene Faktoren zur Diskussion. So sah F. EBERHART (1922) in den sozialen Verhältnissen einen häufigen Sterilitätsgrund, indem sie die Frauen zu den raffiniertesten Methoden der Empfängnisverhütung veranlaßten (F. EBERHART 1922: "Die Frauen wollen eben keine Kinder."). Auch heute steht hinter einer vermeintlichen Sterilität primär der Selbstschutz, eine Mutterrolle zu übernehmen.
A. MAYER (1922) erwähnte den sexuellen "Übergenuß"

infolge des Krieges, die vermehrte Frigidität, Störungen der Sexualpsyche und das höhere Heiratsalter der Frau.
Eine erheiternde Hypothese für die Möglichkeit einer Konzeptionsverhütung stellte F. EBERHART (1922) auf. Er erwog eine antikonzeptionelle Wirkung in dem Saugen an den Brüsten der Frau von Seiten des Mannes.
Während MEYER-RÜEGG (1922) im Jahre 1922 die Ansicht vertrat, daß die meisten Sterilitätsursachen "im und um das Ovarium" gesucht werden mußten, sahen C. SALPETER und Y. FLORESHEIM (1979) im Jahre 1979 in den tubaren und peritubaren Veränderungen einen Sterilitätsgrund, der 30 bis 50 % ausmachen würde. K. H. BROER (1979) maß einem pathologischen Cervixfaktor in 5 % eine Sterilitätsverantwortlichkeit bei.

Die diagnostischen Maßnahmen bei Sterilität der Frau zeigen in den Tagungsberichten den Wandel über die Untersuchungsmöglichkeiten zu drei verschiedenen Zeitabschnitten auf (die Zeit vor dem ersten Weltkrieg (1922), die Zeit vor dem zweiten Weltkrieg (1937 und 1939) und 1979). Die Vortragenden gingen vor allem auf die unterschiedlichen Verfahren zur Prüfung der Tubendurchgängigkeit, die Untersuchung der männlichen Fertilität und die Funktionsdiagnostik des Endometriums (Abrasio) ein. Während H. FREUND (1922) auf der Tagung in Basel 1922 die Aussage machte, daß zur Beurteilung der Tubendurchgängigkeit die klinische Beobachtung und die bimanuelle Untersuchung genügend seien, stellte H. RUNGE (1937) bereits 15 Jahre später die Salpingographie als die beste Methode für die Diagnosestellung des Tubenverschlusses vor, was einen wesentlichen Fortschritt darstellte. Die Salpingographie wird auch heute noch (40 Jahre danach) bei Verdacht auf Tubenverschluß durchgeführt. H. JAKOBI (1939) unterstrich die Bedeutung dieser Untersuchungsmethode und machte auch auf ihren therapeutischen Wert aufmerksam: Von 40 Patientinnen, die

scheinbar steril waren und bei denen eine Salpingographie durchgeführt wurde, wurden 11 (etwa 25 %) schwanger, die meisten kurz nach der Kontrastmitteldarstellung. Außerdem wies H. JAKOBI (1939) darauf hin, daß die Kontrastmitteldarstellung mit Jodöl eine einschneidende diagnostische Maßnahme sei, da bei Einbruch des öllöslichen Kontrastmittels in die Blutbahn Ölembolien hervorgerufen werden können. Als Indikationsstellungen für eine Salpingographie nannte er die primäre und sekundäre Sterilität, abgelaufene Entzündungen und Erkrankungen der Nachbarschaft, die Anwendung der Uterographie bei Uterusmißbildungen, die Wachstumskontrolle eines hypoplastischen Uterus und den habituellen Abort. Als weitere diagnostische Maßnahme stellte H. JAKOBI (1939) die Pertubation vor, die besonders bei primärer Sterilität geeignet sei.

Auf der Tagung in Basel 1979 (40 Jahre später) wurde der diagnostische und therapeutische Wert von Hysterosalpingographie, Pertubation und Laparoskopie zur Sterilitätsabklärung miteinander verglichen.

A. FRANGENHEIM (1979) wies auf den bedeutenden therapeutischen Effekt von Hysterosalpingographie und Pertubation hin: Je nach Alter und Parität folge in 20 - 50 % der Fälle der Behandlung eine Schwangerschaft. Der diagnostische Aussagewert jedoch sei eingeschränkt; bis zu 50 % Fehldeutungen werden angegeben. Zur Erkennung mechanischer Sterilitätsfaktoren in Uteruscavum und Tubenlumen empfahlen W. OBOLENSKI und W.O. ZÜRCHER (1979) die Hysterosalpingographie. Erst wenn mit dieser Methode keine pathologischen Veränderungen gefunden würden, sei eine Laparoskopie indiziert. M. ANDERER, E. NEESER und J. PIRSCHEL (1979) berichteten, daß zur Abklärung organischer Sterilitätsursachen die Laparoskopie die geeignete Methode sei, da sie genaueste Information über periovarielle bzw. peritubare Veränderungen aufdecke. Die Hysteroskopie mit CO_2- Insufflation stellte

H. ROLL (1979) vor. Er beschrieb sie als ein unkompliziertes, sicheres und unter Einhaltung anerkannter Gasdruck- und Gasmengengrenzen unschädliches Verfahren zum Nachweis intrauteriner Veränderungen. Sie habe im Vergleich zur Hysterosalpingographie den Vorteil der fehlenden Strahlenbelastung und der genaueren Beurteilungsmöglichkeit der Befunde. Zusätzlich zur Sterilitätsuntersuchung der Frau, die sich im Jahre 1922 noch ausschließlich auf die klinische Beobachtung und die bimanuelle Untersuchung stützte, wurde bereits damals auf den Nachweis der männlichen Infertilität hingewiesen. H. FREUND (1922) betonte, daß ohne Spermauntersuchung im allgemeinen eine Diagnose nicht genügend zu stellen sei. Auch liefere die Untersuchung des Cervixinhaltes 2 bis 4 Stunden 'post coitum' oft zuverlässige Resultate. Diese beiden Maßnahmen finden auch heute noch Anwendung. So maß K.H. BROER (1979) über 50 Jahre später dem Postcoitaltest (Sims-Huhner-Test) ebenfalls große Bedeutung bei der Abklärung einer gestörten Spermatozoen-Cervikalmukus-Interaktion bei.

In der Behandlung der weiblichen Sterilität läßt sich anhand der Tagungsberichte der Oberrheinischen Gesellschaft ein deutlicher Wandel ablesen. So berichtete H. FREUND (1922) auf der Sitzung in Basel im Frühjahr 1922 über eine Organtherapie, die darin bestand, den Cervixkanal zu überdehnen, die Scheide auszustopfen und das Os sacrum seicht einzuschneiden.
E. OPITZ (1922) informierte über die Eisenarsenverordnung und die Diszission. A. MAYER (1922) hob den therapeutischen Wert der Abrasio mit der damit verbundenen Erweiterung des Cervixkanals und Hyperämisierung des Uterus hervor, womit er in 20 % eine Schwangerschaft erzielte. Im Jahre 1937 empfahl F. EBERHART (1922) Soolbadekuren zweimal jährlich und die vaginale Kondomquecksilberbehandlung mit

abdominaler Schrotbeutelbelastung nach Pinkus. All diese Behandlungsmaßnahmen, die sich vorwiegend den cervikal und tubar bedingten Störungen der Konzeption zuwandten, haben heute nur eine eingeschränkte Bedeutung.
Auf der Sitzung in Baden-Baden im Jahre 1937 berichtete H. RUNGE (1937) über einen Fall von erfolgreicher Tubenimplantation, ein erster Schritt in der operativen Behandlung tubarer Sterilitätsursachen. In seinem Vortrag referierte H. RUNGE auch WATKINs (Chicago) ersten Versuch einer geglückten operativen Einpflanzung der Tube bei verschlossenem uterinen Tubendurchgang und einen weiteren Erfolg SHAWs (Baltimore) 20 Jahre später. Das zeigt, daß ein Erfahrungsaustausch unter den Gynäkologen auch auf internationaler bzw. interkontinentaler Ebene erfolgte. In deutschen Zeitschriften erschienen einige Jahre danach eine Anzahl von Mitteilungen über Technik und Erfolge der Tubenimplantation, und sie ist seitdem auch als typisches Operationsverfahren in gynäkologischen Lehrbüchern zu finden. Die Beurteilung dieser Behandlungsmethode hing sehr stark von den an sie gestellten Erwartungen ab. So teilte KÜSTNER (1937) auf dem Gynäkologenkongreß 1936 mit, daß die Erfolgsquote der Tubenimplantation gemäß einer Umfrage "nur" 10 % betrug. Er zog daraus den Schluß, daß die hohen Erwartungen von dieser Operation nicht erfüllt wurden, was zur Folge hatte, daß das Interesse für diesen Eingriff sank. Auch heute liegen die Erfolgsziffern der operativen Methoden zur Beseitigung der Tubensterilität bei konventionellem Vorgehen (Ausnahme: Mikrochirurgie der Tube bei Refertilisierungswünschen) mit 15 % nicht viel höher. H. HEUCK (1937) dagegen beurteilte das Resultat der Tubenimplantation wesentlich positiver als KÜSTNER (1937). Er nannte 29 Fälle einer Tubenimplantation, bei denen dreimal eine Gravidität eintrat, also ebenfalls

eine Erfolgsquote von 10 % erzielt wurde. H. HEUCK (1937) bezeichnete aufgrund dieses Ergebnisses den Eingriff als aussichtsvoll und berechtigt.
K. ANDERES (1937) und A. MAYER (1937) berichteten ebenfalls über erfolgreiche Tubenimplantationen, machten jedoch auch darauf aufmerksam, daß der Zustand der Tube von großer Bedeutung sei.
Die Bedeutung der Hormontherapie wurde auf den Tagungen in den Jahren 1937 und 1962 erwähnt.
H. RUNGE (1937) berichtete über die perorale Hormontherapie mit Östrucyl, Perlatan und Corpus luteum. W. LANGREDER (1962) verordnete zur Implantationsverbesserung bei Sterilität prämenstruell wöchentlich 200 bis 600 mg Progesteron und 10 bis 30 mg Östradiol. Eine Zweijahresstatistik ergab, daß es bei 16 von 41 auf diese Weise behandelten Frauen zu einer späteren Geburt kam (=39 %). Eine Vergleichsserie von 42 nur mit Vitamin E und Östrogen behandelten Patientinnen zeigte 13 Konzeptionen mit sieben ausgetragenen Kindern (= 16 %). R. MEY (1962) wies korrigierend darauf hin, daß die Prophylaxe nicht prämenstruell, sondern zum Zeitpunkt der Ovulation zu erfolgen habe.
Einen bedeutenden Fortschritt auf dem Gebiet der Therapie brachte die Mikrochirurgie der Tube. H. HEPP, J. INTHRAPHUVASAK, P. SCHEIDEL (1978) stellten 1978 als deren Vorteil die genaue Differenzierung der Gewebsstrukturen, die Reduktion der resezierten Gewebsteile und die gezielte Koagulation zur sorgfältigen Hämostase vor, nachteilig sei die lange Operationsdauer. Die Erfolge der Tubenmikrochirurgie seien jedoch schwer zu beurteilen, da die Tubensterilität ein komplexes pathologisches Geschehen sei. Den Vorteil der Mikrochirurgie bei Reanastomosierungsoperationen hoben C. SALPETER, Y. FLORESHEIM (1979) hervor. Während bei konventionellem Vorgehen die Erfolgsrate bei 10 % bis maximal 40 % lag, betrug sie mit der

neuen Methode etwa 70 %. Zur Behebung der tubaren Sterilität ist die Mikrochirurgie heute die Methode der Wahl.
Auf der Tagung in Basel 1979 wurde auch die homologe und heterologe Insemination angesprochen. CLAVERT (1979) berichtete über 1820 Schwangerschaften (=45 %) bei 4000 Fällen von heterologer Insemination.
J. RITTER (1979) wies auf das steigende Interesse an der homologen Insemination hin, die bereits Ende des 18. Jahrhunderts von HUNTER erfolgreich durchgeführt wurde. Als Indikationen nannte J. RITTER (1979) die völlige Unmöglichkeit eines normalen Geschlechtsverkehrs, die mangelnde Spermaqualität als häufigste Indikation, den negativen Huhner-Test, Fälle ungeklärter Sterilität und die Notwendigkeit der Spermakonservierung durch Tiefkühlung.

Z u s a m m e n f a s s u n g :

Zu den Sterilitätsursachen ist festzustellen, daß auch heute noch dieselben ätiologischen Gesichtspunkte zur Diskussion stehen wie vor 60 Jahren. Die Anzahl der Möglichkeiten wird erweitert durch Störungen der Ovarialfunktion (fehlende oder zu seltene Ovulationen, Insuffizienz des Corpus luteum), die aufgrund des diagnostischen und therapeutischen Fortschrittes nachgewiesen und zum Teil auch therapiert werden können.

Zur Sterilitätsdiagnostik wurde die Prüfung der Tubendurchgängigkeit auf den Tagungen der Oberrheinischen Gesellschaft immer wieder behandelt. Während es 1922 aufgrund der fehlenden diagnostischen Maßnahmen noch unmöglich war, einen Tubenverschluß sicher nachzuweisen, konnten etwa 15 Jahre später mit Hilfe der Salpingographie (1937) und der Pertubation (1939) Aussagen über die Durchgängigkeit der Eileiter gemacht werden. Auch heute noch stellen bei nachgewiesener Fertilität des Mannes (Spermauntersuchung und Postcoitaltest) und

Ausschluß sonstiger Sterilitätsursachen die Pertubation, die Hysterosalpingographie und die Laparoskopie die Grundlagen im Diagnostikprogramm dar.

In der Behandlung der weiblichen Sterilität brachten sowohl die Tubenimplantation, die bereits Anfang des 20. Jahrhunderts in den USA zu Erfolgen führte und auch seit Ende der 30er Jahre in Deutschland Anwendung findet, als auch die Mikrochirurgie große Fortschritte. Durch die Möglichkeit der operativen Beseitigung der Tubenverschlüsse (mittels Salpingostomie, Salpingolysis, End-zu-End-Anastomosen und Tubenimplantation in Kombination mit Antibiotikabehandlung) kann in 15 % der sterilen Ehen der Wunsch nach einem eigenen Kind erfüllt werden. Die Erfolgsquote erscheint zwar sehr niedrig, aber man darf nicht vergessen, daß in der Sterilitätsbehandlung jeder Einzelerfolg zählt.
Neben der operativen Behandlungsmethode der Sterilität gibt es die hormonelle Therapie, die Psychotherapie und die Insemination,die auch häufig als Kombinationsbehandlungen Anwendung finden.

3.2.2. GESCHLECHTSKRANKHEITEN

Das Thema "Geschlechtskrankheiten", d. h. die Gonorrhoe (Tripper) und die Syphilis (Lues), wurde auf den Tagungen der Oberrheinischen Gesellschaft neunmal behandelt, was zeigt, daß für die Problematik dieses Themas immer wieder erneut Interesse bestand. Die Referenten tauschten ihre Gedanken vorwiegend über die Diagnostik und Therapie der weiblichen Gonorrhoe und Syphilis aus. Aus den Vorträgen, von denen die meisten (7) zwischen 1920 und 1940 gehalten wurden, geht hervor, daß zu jener Zeit die Behandlung der Gonorrhoe noch sehr problematisch war. Nach der Sulfonamid- (ab 1935) und nach der Penicillinära (ab 1940) ergaben sich keine therapeutischen Fortschritte mehr, daher wurde über die Gonorrhoe und die Syphilis in den vergangenen 40 Jahren nur noch zweimal (1953 und 1979) diskutiert.
Der erste Vortrag zur Problematik der Geschlechtskrankheiten (von 1909) brachte eine Kasuistik. KERMAUNER (1909) berichtete über einen Fall von intrauterin entstandener Ophthalmoblenorrhoe mit Ulcus corneae.

Die Sitzungsberichte über die verschiedenen Behandlungsmethoden der Gonorrhoe aus den Jahren 1921, 1925, 1927, 1938 und 1979 zeigen einen deutlichen Wandel in der Thematik zur Gonorrhoe-Therapie auf, der sich in drei Abschnitten vollzog.
Vor der Einführung der Sulfonamide stellte die Behandlung der Gonorrhoe noch ein schwieriges Problem dar. So empfahlen C. J. GAUSS (1925) und F. EBERHART (1925) allgemeine Maßnahmen wie Schonungs- und Kräftigungstherapie, Bettruhe und sexuelle Abstinenz. Außerdem berichteten einige Teilnehmer über die verschiedenen Methoden der lokalen Behandlung. So berichtete E. MAIER (1925) über einen guten Erfolg mit milden

Adstringentien, wie z. B. Tannin in alkoholischer und glycerinhaltiger Lösung. G. OPITZ (1925) befürwortete die Therapie mit Kohlensäureschnee und die Wärmebehandlung mit heißer Scheidenausspülung bei aufsteigender Gonorrhoe mit Pyosalpingen. F. EBERHART (1925) empfahl die Methode der Chlorzinkspülungen (1 %ig) bei akuter Gonorrhoe neben den oben genannten Allgemeinmaßnahmen. Auf der Sitzung in Baden-Baden im Jahre 1938 stellte F. EBERHART (1938) ein Behandlungsschema vor, das ihm gute Dienste geleistet habe, und zwar das Ausstopfen von Vagina und Cervix mit in Höllensteinlösung (1 %ig) getränkter Gaze für einige Tage. Die Bekämpfung der Gonorrhoe mit solch ätzenden Methoden steht heute nicht mehr zur Diskussion. Als weitere Therapiemöglichkeiten wurden die Behandlung durch Proteinkörper, die Röntgenschwachbestrahlung bei chronischer Adnexschwellung und Pyosalpingen gonorrhoischer Art (E. MAIER 1925) und die temporäre Röntgensterilisation bei schon in die Tuben aszendierter Gonorrhoe (C. J. GAUSS 1925) vorgeschlagen. Auch diese Maßnahmen befinden sich heute nicht mehr auf dem Therapieplan. C. J. GAUSS (1921) berichtete über die i. v. Behandlung mit Gonargin bei der unkomplizierten weiblichen Gonorrhoe. Mit dieser Methode erzielte auch STEMMER (1925) gute Resultate. Zur Prognose äußerte er sich dahingehend, daß bei normalen Adnexen mit Dauerheilung zu rechnen sei, bei durch Krankheit veränderten jedoch Rezidive auftreten könnten. W. FRANK (1927) teilte das Ergebnis einer statistischen Auswertung von 985 Fällen klinisch behandelter Frauen-Gonorrhoe mit. Die angewandten Provokationsmethoden waren nur in 1,5 % der Fälle von Erfolg. Die Untersuchung über den Einfluß der Menses auf den Heilungsablauf der Gonorrhoe lieferte keinerlei direkten Beweis für deren provokatorische Wirkung (in 16 % Vermehrung der Gonokokken nach Menses,

in 13 % Verminderung der Erreger, in 71 % ohne Einfluß). Die damals als Therapiemöglichkeit verwendeten provokatorischen Maßnahmen werden heute nur noch zum Gonokokkennachweis bei Diagnosestellung und zum Nachweis des Behandlungserfolges benutzt. Sie sind aber mit zwei Nachteilen behaftet, und zwar verzögert sich zum einen der Therapiebeginn und zum anderen kann eine aszendierende Infektion hervorgerufen werden.

Mit dem Beginn der Sulfonamidära konnten die bisher angewandten und keineswegs zufriedenstellenden Methoden zur Erleichterung und zum Wohle der betroffenen Frauen verlassen werden. Die Einführung der Sulfonamide (ab 1935) im Kampf gegen die Gonorrhoe bedeutete einen großen Fortschritt. So berichtete MAUK (1938) über Uliron in der Gonorrhoebehandlung der Frau. Er verordnete in den Jahren 1936 bis 1938 an der Frauenklinik Stuttgart 229 (= 90 %) Patientinnen Silberpräparate, Vaccine und Pyrifer und 31 Frauen Uliron. Die Ulirontherapie hatte im Vergleich zur alten Methode zwei Vorteile: Einerseits verkürzte sie den Klinikaufenthalt von durchschnittlich 75 Tagen auf 52, und andererseits verzeichnete sie einen besseren Heilungserfolg, nämlich 100 % gegenüber 83,9 %. Dieses Ergebnis veranlaßte MAUK (1938) zu der Aussage: "Uliron dürfte das langgesuchte Präparat werden, das eine entscheidende Wendung in der Behandlung der Gonorrhoe herbeizuführen berufen ist." Wie die Ausführungen von MAUK (1938) zeigen, konnten mit den Sulfonamiden anfangs gute Erfolge erzielt werden, jedoch bildeten sich ziemlich rasch resistente Stämme der Gonokokken aus.

Das Penicillin, das ab 1940 in der Therapie bakterieller Infektionen angewandt wird, stellt auch heute noch das Medikament der Wahl in der Behandlung der Gonorrhoe dar, wie RUFLI (1979) auf der Sitzung in Basel betonte.

Über die Diagnostik der weiblichen Gonorrhoe liegen nur zwei Kongreßberichte vor, was deutlich macht, daß das diagnostische Vorgehen weniger problematisch war.
E. MAIER (1925) referierte über zwei Untersuchungsmethoden, und zwar über die mikroskopische Sekretuntersuchung, die auch heute noch durchgeführt wird, jedoch eine relativ hohe Versagerquote hat und über den "Gonotest" als Kontrolldiagnostik. Dieser Test beruht auf der Tatsache der Änderung des Säuretiters des Scheideninhalts bei einer Affektion des weiblichen Genitale. Er wird heutzutage nicht mehr angewendet. Auf das sicherste Nachweisverfahren der Gonorrhoe, die kulturelle Bestimmung, wies RUFLI (1979) mit der Vorstellung des Mikrokultsystems der Firma AMES hin. Zur Identifikation wachsender Neisserien empfahl er die Agglutinatonsmethode nach Phadebact^{R}.

Die Luesdiagnostik wurde auf den Sitzungen der Oberrheinischen Gesellschaft nur dreimal diskutiert, und zwar über die Syphilisserologie, d. h. über den Wandel in den verschiedenen Nachweisreaktionen. So führte F. VOGT (1926) eine Untersuchung der Wassermann-Reaktion (WaR) im Blute und im Liquor cerebrospinalis bei sicher nichtsyphilitisch Schwangeren und Kreißenden durch. Er kam zu dem Ergebnis, daß die WaR des Liquors stets negativ war. F. VOGT (1926) zog daraus den Schluß, daß in Fällen mit unspezifischer positiver WaR des Blutes in der Schwangerschaft Liquorkontrollen mit der WaR eine Abklärung bringen könnten. Die WaR, die die erste serologische Reaktion war und seit 1909 angewendet wurde, wird auch heute noch bei Luesverdacht routinemäßig durchgeführt. H. SCHWALM (1935) berichtete über eine Luesreaktion im Kapillarblut, von DAHR Trockenblutreaktion (TBR) genannt. Der Vergleich dieser TBR mit anderen Luesreaktionen (WaR)

in Fällen von Syphilisverdacht, Lues latens und bei Schwangeren und Wöchnerinnen habe ergeben, daß die TBR den klassischen Seroreaktionen gleichwertig, bei seronegativer Lues latens vielleicht sogar überlegen sei und daß sie in der Schwangerschaft die Syphilis-Frühdiagnostik wesentlich fördern könnte.
Die Boros'sche Luesreaktion, eine andere serologische Schnellreaktion, die heute aber keine Anwendung mehr findet, stellte H. FRANKEN (1953) auf der Tagung in Basel vor. Mit dieser Reaktion konnte innerhalb von einundeinhalb Stunden ein brauchbares Resultat erzielt werden. Anlaß für die Forderung nach einer derartigen Suchreaktion war der tödliche Ausgang einer Operation infolge Unkenntnis über eine bestehende Lues.

Z u s a m m e n f a s s u n g :

Die Sitzungsberichte über die Behandlung der Gonorrhoe zeigen einen deutlichen Wandel in der Gonorrhoe-Therapie auf, der sich in drei Abschnitten vollzog. Vor der Einführung der Sulfonamide versuchte man die venerischen Infektionen mit lokalen Ätzungen in Verbindung mit künstlich erzeugtem Fieber zu bekämpfen. Mit den Sulfonamiden, die seit 1935 eingesetzt werden, konnten anfangs gute Erfolge erzielt werden, jedoch bildeten sich dann resistente Stämme der Gonokokken aus. Das Penicillin, das ab 1940 in der Therapie bakterieller Infektionen angewandt wird, stellt auch heute noch eine sichere Therapiemöglichkeit für die Gonorrhoe dar.

In der Diagnostik von Gonorrhoe und Syphilis werden einerseits auch heute noch Untersuchungsmethoden benutzt, die die Referenten bereits auf den Sitzungen der Jahre 1920 bis 1940 vorstellten, wie z. B. die mikroskopische Sekretuntersuchung, die WaR und die TBR. Andererseits sind Methoden, wie der "Gonotest"

(1925) und die "Boros'sche Reaktion" (1953) wieder ungebräuchlich geworden.

3.2.3. CARCINOME

A) Das Uterus-Carcinom

Von den Unterleibskrebserkrankungen wurde auf das Collum-Carcinom, das den häufigsten weiblichen Genitalkrebs darstellte, entsprechend in vielen Vorträgen (32 Beiträge) eingegangen. Das Corpus-Carcinom, dem früher mit 21 % zweithäufigsten Unterleibskrebs der Frau, wurde 11mal diskutiert.
Das Corpus-Carcinom verzeichnete eine absolute Häufigkeitszunahme in den letzten Jahrzehnten. So betrug das Verhältnis von Corpus- zu Collum-Carcinom um 1920 (K. MENGE 1928) 1 : 10,7; um 1930 (F. KELLER 1936) 1 : 4,0; um 1940 (H. WIMHÖFER 1951 und H. ZEITZ 1953) 1 : 2,5.
Die meisten früheren Beiträge befaßten sich mit der Therapie und den Heilungsergebnissen. Seit 1950 wurden auch Vorträge zur diagnostischen Problematik gehalten. Seit 1955 wurde in regelmäßigen Abständen auch die Früherkennung der Carcinome abgehandelt.

Die Therapie des Uterus-Carcinoms wurde immer wieder unter der Fragestellung der primären Operation oder Bestrahlung diskutiert.
Die Operations- bzw. Bestrahlungshäufigkeit wechselte seit Beginn der 20er Jahre sehr stark in Abhängigkeit von der Lehrmeinung der jeweiligen Klinik. So betrug die Operationshäufigkeit der Züricher Frauenklinik in den Jahren 1921 bis 1933 62 %, die der Baseler Frauenklinik von 1935 bis 1942 42 % und von 1943 bis 1948 nur noch 32 % (TH. KOLLER 1954); an der Freiburger Frauenklinik wurde von 1927 bis 1933 bei einer Operabilität von 62,1 % nur zu 4,2 % tatsächlich operiert (F. KELLER 1936).
Die Anwendung der Vorbestrahlung kam zum ersten Mal im Jahre 1924 zur Sprache. Als Vorteile dieser neuen Behandlungsmethode nannte A. MAYER (1924) die

Verminderung der Peritonitissterblichkeit von 10,9 % auf 4,4 %, die Zunahme der Operationsfähigkeit von bislang als inoperabel geltenden Patientinnen und nicht zuletzt die bessere Erholung und Kräftigung der Kranken.

K. MENGE (1913) berichtete auf der Sitzung in Heidelberg von den großartigen Erfolgen mit der Mesothorium- und Radiumbestrahlung:"Die vorhandenen Neubildungen sind weggeschmolzen und haben narbigem Gewebe Platz gemacht". Um 1925 führten nur sechs von 36 befragten Kliniken ausschließlich eine Strahlentherapie bei operablem Collum-Carcinom durch, neun Kliniken lehnten eine ausschließliche Strahlentherapie ab. Das ergab eine Umfrage von W. FÜRST (1925);er hatte an insgesamt 36 im deutschen Sprachgebiet liegende Universitäts-Frauenkliniken ein Schreiben geschickt mit der Fragestellung, ob sie operable Portio-Carcinome ausschließlich bestrahlen würden oder nicht.

Die Sitzungsteilnehmer tauschten ihre Erfahrungen und Meinungen über verschiedene therapeutische Methoden in der Behandlung des Collum-Carcinoms aus.

W. FÜRST (1924) ging folgendermaßen vor:

1) stationäre Vorbestrahlung aller operabler Carcinome mit Röntgenstrahlen, 2) 3 - 6 Wochen Pause, 3) erweiterte abdominale Radikaloperation vom Uterus mit Adnexen nach Wertheim, 4) bei Inoperabilität erfolgte eine Radiumbehandlung mit anschließender Röntgenstrahlennachbehandlung.

K. MENGE (1928) informierte auf der Tagung in Mainz 1928 über die intragenitale Radiumtherapie mit der "Radiumtriangel" und dem "Radiumbouquet", wozu nur geringe Mengen radioaktiver Substanz nötig seien, was bei den bescheidenen Radiummengen und dem katastrophalen Geldmangel in Deutschland" nicht unbedeutend sei.

F. KELLER (1933) berichtete über die radioaktive

Wismutbehandlung (i. v. und intratumorale Injektionen) als unterstützendes Mittel der Strahlentherapie des Collum-Carcinoms. Das brachte jedoch keine Besserung des Resultats der Strahlentherapie und wurde somit auch wieder ungebräuchlich.
H. WIMHÖFER (1951) stellte die Hormonbehandlung mit Cyren bei strahlenrefraktären und völlig inkurablen Collum-Carcinomen vor, auch diese Methode wurde wieder eingestellt.
Die Formen der Percutanbestrahlung, die auch heute noch zusätzlich zur Behandlung des Collum-Carcinoms mit Radiumeinlagen angewendet werden, wurden auf den Sitzungen von 1961 und 1964 besprochen. H. J. SPECHTER (1961) berichtete über die Radium- und Röntgen-Bewegungsbestrahlung (Pendelkonvergenzbestrahlung), auch Tübinger Behandlungsmethode genannt. K. LÜDICKE, F. GIETZELT, W. DEGNER und H. z. HORST-MEYER (1964) stellten die Hochvoltbestrahlung mit ultraharten Röntgenstrahlen (Telekobalt-Pendel-Bestrahlung) dar. Der Verzicht auf Radiumeinlagen bei der Telekobalt-Bestrahlung sollte den Vorteil einer geringeren Strahlenbelastung für Patienten und Personal erbringen. Dieses war ein bisher wenig beachteter Aspekt der Strahlentherapie.

Die Statistiken über die Behandlungserfolge des Collum- und Corpus-Carcinoms weisen folgenden Verlauf auf:

Das Collum-Carcinom zeichnete sich durch eine stetig zunehmende absolute Heilungsrate aus: Bei dem KRÖNIG'schen Patientengut (Zeit bis 1916) betrug sie zwischen 4,8 % (bei Operation) und 8,5 % (bei Bestrahlung) (G. OPITZ 1922). K. MENGE (1928) erzielte in der Zeit von 1919 bis 1923 eine 5-Jahres-Heilung von 17,8 %. An der Freiburger Frauenklinik betrug sie 32,4 % (F. KELLER 1936) und an der Heidelberger Klinik in den Jahren von 1936 bis 1945 44,0 % (H. WIMHÖFER

1951). Eine Studie der Landesfrauenklinik Stuttgart in der Zeit von 1950 bis 1957 ergab eine Heilung von 55,5 % (H. HARTMANN 1963). Mit der Tübinger Bestrahlungsmethode wurde in den Jahren 1956 bis 1958 eine Heilungsrate von 62,5 % erlangt (H.J.SPECHTER 1964).

Für das Corpus-Carcinom war keine derartige Zunahme des Behandlungserfolges nachzuweisen. Bereits 1919 bis 1923 betrug die 5-Jahres-Heilung in Heidelberg 58,3 % (K. MENGE 1928), 1927 - 1930 in Freiburg 60,0 % (F. KELLER 1936) und 1935 bis 1946 in Heidelberg 59,0 % (H. ZEITZ 1953).

Der Vergleich der Heilungsraten von Collum- und Corpus-Carcinom während entsprechender Zeitabschnitte ergab, daß "die absolute Heilung" (5-jährige Beobachtungszeit) des Corpus-Carcinoms höher lag als die des Collum-Carcinoms, z. B. 1927 bis 1930: Collum 32,4 % und Corpus 60,0 % (F. KELLER 1936)

Eine Untersuchung der Jahre 1919 bis 1923 über den Erfolg der Operation bzw. der alleinigen Strahlentherapie bei der Behandlung des Collum-Carcinoms führte zu dem Ergebnis, daß die operablen Fälle nach einer Operation eine höhere relative Heilung (50 %) hatten als nach alleiniger Strahlentherapie (34,7 %) (K. MENGE 1928). Dieselbe Studie von K. MENGE (1928) zum Corpus-Carcinom sagte aus, daß die Erfolgsaussichten unabhängig vom therapeutischen Vorgehen seien, nämlich beide Male 82,3 %. Seit 30 Jahren gilt die Erfahrung, daß beim Corpus-Carcinom die Operation bessere Aussichten auf Dauerheilung biete als die Strahlentherapie (H. REICHENMILLER 1955).

Z u s a m m e n f a s s u n g :

Die Tagungsberichte über das Collum- und Corpus-Carcinom zeigen einen deutlichen Wandel hinsichtlich der Therapie und der Heilungsergebnisse dieser beiden

Unterleibskrebserkrankungen der Frau auf.
Die Operations- bzw. Bestrahlungshäufigkeit war sehr stark von der Lehrmeinung der jeweiligen Klinik abhängig. Während an der Züricher Frauenklinik die Operationshäufigkeit in den Jahren von 1921 bis 1933 62 % betrug, wurde an der Freiburger Frauenklinik in der Zeit von 1927 bis 1933 bei einer Operabilität von 62,1 % nur in 4,2 % der Fälle operiert.
Von der alleinigen Bestrahlungstherapie, die um 1910 bevorzugt wurde, sah man bereits in den 20er Jahren wieder ab.
Um 1910 behandelte man das Collum-Carcinom mit der Mesothorium- und Radiumbestrahlung; 1924 wurden an der Züricher Frauenklinik alle operablen Collum-Carcinome mit Röntgenstrahlen vorbestrahlt und nach Wertheim operiert, die inoperablen wurden mit Radium behandelt und mit Röntgenstrahlen nachbehandelt.
Einige Jahre später (1928) bediente man sich der intragenitalen Radiumtherapie. Als Unterstützung zur Strahlentherapie wurde zu Beginn der 30er Jahre die intravenöse oder intratumorale radioaktive Wismutinjektion propagiert, sie wurde jedoch nach kurzer Zeit wieder ungebräuchlich. Auch die Hormonbehandlung mit Cyren bei strahlenrefraktären und inkurablen Collum-Carcinomen wurde wieder eingestellt. Die Pendelkonvergenzbestrahlung und die Telekobalt-Pendelbestrahlung wurden 1961 und 1964 diskutiert.

Die Statistik über die Behandlungserfolge der Uterus-Carcinome ergaben für das Collum-Carcinom eine Zunahme der "absoluten Heilungsrate", was für das Corpus-Carcinom mit einer durchschnittlich höheren 5-Jahres-Heilung nicht nachgewiesen werden konnte. Während operable Collum-Carcinome nach einer Operation eine höhere relative Heilung hatten als nach alleiniger Strahlentherapie, waren die Erfolgsaussichten beim Corpus-Carcinom unabhängig vom therapeutischen Vorgehen.

B) Das Ovarial-Carcinom

Das Ovarial-Carcinom, das früher mit 15 - 20 % aller Genitalkrebserkrankungen der Frau der dritthäufigste weibliche Unterleibskrebs war, wurde auf den Tagungen der Oberrheinischen Gesellschaft in dem Zeitraum von 1930 bis 1979 achtzehnmal behandelt. In den Vorträgen wurde sowohl die diagnostische als auch die therapeutische Problematik angesprochen.

In den ersten Beiträgen zum Thema "Ovarial-Carcinome" wurden zwei ungewöhnliche Einzelfälle vorgestellt. G. LINZENMEIER (1929) berichtete über das Auftreten von Hautmetastasen drei Jahre nach einer Radikaloperation eines doppelseitigen Ovarial-Carcinoms. H. BUSCHBECK (1935) referierte über einen Fall von "Disgerminoma ovarii" bei einer 30jährigen bisher genitalgesunden Frau.

Zur Diagnostik des Ovarialkrebses wurde in den Jahren 1964, 1967, 1968, 1972 und 1975 eine Reihe von Vorträgen gehalten. Es wurde versucht, Zusammenhänge zwischen dem Ovarial-Carcinom und enzymatischen Veränderungen in Serum, Aszites und Carcinomgewebe herzustellen. Eine Tübinger Arbeitsgruppe führte eine Serie von Enzymuntersuchungen durch. G. JUNG (1964) kam zu dem Ergebnis, daß die Lactatdehydrogenase (= LDH) bei vorliegendem Ovarial-Carcinom im Aszites immer in höherer Dosierung zu finden sei als im Serum. A. PFLEIDERER jr. und G. TEUFEL (1967) machten histochemische Untersuchungen an 150 Ovarial-Malignomen. Sie führten zu dem Resultat, daß in 37 % aller Ovarial-Tumoren enzymatische Stromazellen vorkommen. E. KIDESS, G. JUNG und V. UNBEHAUN (1967) stellten bei der Analyse der Leucinaminopeptidase (= LAP) fest, daß die Gesamtaktivität im Gewebe wesentlich höher als im Serum und Aszites sei und daß sich unter der Therapie die prozentuale Verteilung nicht ändere im Gegensatz zur Gesamtaktivität, die abnimmt. G. JUNG und E. KIDESS

(1968) machten die Erfahrung, daß anhand von Enzymuntersuchungen keine Aussagen über die Bösartigkeit eines Tumors möglich sind.

Zu den therapeutischen Möglichkeiten wurden folgende Erfahrungen ausgetauscht: F. KELLER (1936) berichtete, daß er in den Jahren von 1927 bis 1933 die Ovarial-Carcinome in 55 % der Fälle operierte, in weiteren 25 % eine unvollständige Operation oder eine Probelaparotomie durchführte und daß 20 % der Carcinome bereits inoperabel gewesen seien.
P. THIESSEN (1951) empfahl auf der Sitzung in Freiburg im Jahre 1951 eine Therapie des Eierstockkrebses mit hohen Progesterondosen (wöchentlich 150 bis 200 mg Lutocyclin als Kristallampulle oder als Injektionslösung 1 ccm = 50 mg i.m.), diese würde die Hypophysenfunktion bremsen und in der Peripherie der Proliferation entgegenwirken. Er demonstrierte bei Patientinnen mit inkurablem Ovarial-Carcinom eine Hemmung des Tumorwachstums und der Aszitesbildung, Behebung der Schmerzen, Förderung des Appetits, des Allgemeinbefindens und des Lebensgefühls bis zu Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Als zusätzliche prophylaktische und therapeutische diätetische Maßnahmen nannte P. THIESSEN (1951) die Einschränkung von Fett und Eiweiß als Stimulantien der Hypophyse.
Zur Frage der prophylaktischen Entfernung von gesunden Ovarien bei Laparotomien aus anderen Indikationen (H. LAU 1963) gab es verschiedene Lehrmeinungen. Eine radikale Richtung (Vertreter: J.H. RANDALL, C.L RANDALL (1955), MASTERS, DAVIS) sprach sich für die bilaterale Ovariektomie bei Frauen über 40 Jahren aus, die Konservativen (u. a. C.L. RANDALL (1957), HAUSER) waren für die Erhaltung der Ovarien mit dem Hinweis auf deren vegetative Funktion. Die einseitige tumorprophylaktische Ovariektomie bei anderweitigen Operationsindikationen im kleinen

Becken wurde hingegen einstimmig abgelehnt.
A. C. ALMENDRAL, H. J. SENN (1973) teilten mit, daß eine Vergleichsstudie bei fortgeschrittenem Carcinom (Stadium III und IV) eine Überlegenheit der Kombination Cyclophosphamid-Methroxyprogesteron bzw. -5-Fluoruracil gegenüber der alleinigen Endoxantherapie ergab.

F. KELLER (1935) untersuchte an der Frauenklinik Freiburg in den Jahren 1927 bis 1933 63 Krebserkrankungen des Ovars und stellte die Ergebnisse vor: in 32 % der Fälle handelte es sich um sekundäre Malignome, die vom Corpus uteri (60 %), vom Magen, von der Gallenblase und von der Mamma ausgingen. Für die primären und sekundären Carcinome ermittelte F. KELLER (1935) eine 5-Jahres-Überlebensrate von 6,3 % (heute 20 - 35 %) und für die metastatischen bei Corpus-Carcinom eine von 25 %; die Ovarial-Neoplasien hatten somit im Vergleich zu den Uterus-Carcinomen eine wesentlich schlechtere Prognose.

Die gynäkologische Nachkontrolle des Ovarialkrebses wurde auf der Tagung in Colmar im Jahre 1978 angesprochen. U. HALLER (1978) wies nachdrücklich darauf hin, daß der Ovarialkrebs unter den malignen Genitaltumoren den größten prozentualen Anteil an der Frauensterblichkeit habe, daß 60 - 80 % der Carcinome zu spät, d. h. im Stadium III oder IV zur Therapie kämen und daß bei Überschreiten der Organgrenzen immer eine Zusatztherapie indiziert sei. Er stellte die Lücken im Bereich der Behandlung dar: Es sei noch kein einheitliches Therapiekonzept vorhanden, auch sei der Wert der Bestrahlung bzw. der Zytostatika bei Stadium III und IV noch nicht sicher zu beurteilen, die Ergebnisse seien schlecht und hätten sich auch in den letzten Jahren noch nicht entscheidend verbessert.

Z u s a m m e n f a s s u n g :

Die Diagnostik, Therapie und Prognose der Ovarial-Carcinome wurden auf den Tagungen der Oberrheinischen Gesellschaft häufig behandelt.
Mit der Zytodiagnostik des Ovarialkrebses befaßte sich eine Tübinger Arbeitsgruppe in den 60er Jahren. Sie führte eine Anzahl von Enzymuntersuchungen in Serum, Aszites und Carcinomgewebe durch. Dabei stellte sie bei den Carcinom-Patientinnen z. B. einen LDH-Anstieg im Aszites, eine Aktivitätssteigerung der LAP im Gewebe fest. Diese Ergebnisse sagten jedoch nichts über die Bösartigkeit der Tumoren aus.
Bei der schlechten Prognose der Ovarial-Carcinome - 20 % der Carcinome waren bei der Diagnosestellung bereits inoperabel - wurden immer wieder verschiedene Zusatztherapien angewandt. So wurde eine hochdosierte Progesteronbehandlung (1951) empfohlen, diätetische Maßnahmen versucht, eine Zytostatikabehandlung durchgeführt. Bei der späten Diagnosestellung und schlechten Prognose steht bis heute die tumorprophylaktische Ovariektomie zur Diskussion.

C) D a s M a m m a - C a r c i n o m

Das Mamma-Carcinom wurde erstmals im Mai 1954 auf den Tagungen der Oberrheinischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie behandelt. A. MAYER (1954) bedauerte es, daß sich die Gynäkologen mit den Nachwirkungen der chirurgischen Behandlung befassen müssen.
Die Sitzungsteilnehmer diskutierten die ätiologischen Aspekte und besonders die diagnostischen Möglichkeiten beim Brustkrebs der Frau.

Bei der Entstehung des Brustkrebses komme dem Follikelhormon keine so überragende Bedeutung zu wie vielerorts angenommen wurde, teilte F. ROTH (1954) auf der Tagung in Heidelberg mit. KOCH (1954) zitierte die Ergebnisse einer Untersuchung von 214 Frauen, bei denen viele Jahre vor der Mamma-Carcinom-Entstehung eine Röntgen-Kastration durchgeführt worden war. Nach statistischen Kriterien (Hochrechnungen) wären 85 Mamma-Malignome zu erwarten gewesen, es kamen aber nur 26 zur Beobachtung. R. KAISER (1970) informierte über seine Erkenntnisse bezüglich der Rolle der Gestagene in Pathogenese, Prophylaxe und Therapie der Mamma-Tumoren. Er stellte ein gehäuftes Vorkommen von Mamma-Neoplasmen bei dysfunktionellen Blutungen und Nulliparität fest und zog daraus den Schluß, daß durch prophylaktische Gabe von proliferationshemmenden Gestagenen diese Auswirkungen beseitigt werden könnten und daß andererseits die Zufuhr von Gestagenen bei metastasierendem Brustkrebs indiziert sei.

Über die diagnostische Bedeutung der Mammographie waren die Tagungsteilnehmer auf der Sitzung in Freiburg 1959 noch geteilter Meinung. D. BUTTENBERG und K. WERNER (1959) befürworteten den Einsatz der Mammographie; P. THIESSEN (1959) hingegen maß ihr keine praktische Bedeutung bei. Seit den 70er Jahren gehört die Mammographie zur Routinediagnostik, mit einer Treffsicherheit von 90 %; das geht aus den Tagungsberichten dieser Zeit klar hervor.
R. BRUN DEL RE, A. C. ALMENDRAL, P. DE GRANDI, H. H. HIRSCH un D. STUCKI (1975) hoben hervor, daß die Kombination aus klinischer Untersuchung, Mammographie, Telethermographie und Plattenthermographie den Anteil präoperativ nicht diagnostizierter Carcinome auf 6,3 % verringerten. Nicht zu vergessen ist aber auch, daß diese vier Methoden zwischen 16 %

(Mammographie) und 38 % (klinische Untersuchung) falsch-positive Diagnosen stellten und in 21 % bis 26 % falsch-negative Ergebnisse lieferten.

Die Bedeutung der Nachkontrolle gynäkologischer Carcinome wurde auf der Sitzung im April 1978 von mehreren Teilnehmern angesprochen. A. C. ALMENDRAL (1978) empfahl bei Krebserkrankungen der Brust in den ersten drei Jahren vierteljährliche, dann halbjährliche Nachkontrollen. Bei Rezidiv- und Metastasierungsverdacht seien eine Röntgenkontrolle der Thoraxorgane, eine Mammographie, eine Thermographie, eine Skelettszintigraphie und eine Computertomographie durchzuführen. Bei bestehendem Mamma-Carcinom-Risiko haben jährlich mammographische und thermographische Kontrollen zu erfolgen. Wegen der häufigen Metastasierung des Brustkrebses in den Genitalbereich schlugen P. WEYMAR und K.D. SCHULZ (1978) dreimonatige gynäkologische Untersuchungen vor. O. FETTIG, F. KUBLI, M. KAUFMANN, D. v. FOURNIER, P. FABER, H. J. BENDER und P. DETSCHER (1978) äußerten sich zur organisatorischen Seite der Nachsorge: Zentralisation der großen Krebstherapie und Krebsnachsorge durch eine Institution, Dezentralisation der Nachbehandlung in Form der medikamentösen Therapie und der psychischen Führung durch einen Hausgynäkologen und das Anlegen von Krebsregistern standen im Gespräch. Außerdem wurden folgende Vorschläge zur Erhaltung der medizinischen Qualität der Nachsorge gemacht: Zentrale Dokumentation in der Klinik, Nachsorgepaß für den Patienten, Checklisten im Durchschreibeverfahren zur Dokumentation der Befunde und ein "onkologisches Telefon" an der Klinik.

Z u s a m m e n f a s s u n g :

Mit der Aufnahme von Vorsorgeuntersuchungen seit Anfang 1970 wandte sich das Interesse der Frauenärzte

der Brustuntersuchung zu.
Auf die bedeutende Rolle der Gestagene bezüglich der Pathogenese - gehäuftes Vorkommen von Mamma-Neoplasien bei Gestagenmangel -, der Prophylaxe - prophylaktische Gabe von proliferationshemmenden Gestagenen - und der Therapie von Mamma-Tumoren wurde eingegangen.
In einem Beitrag zur Diagnostik des Mamma-Carcinoms wurde die Kombination von klinischer Untersuchung, Mammographie, Telethermographie und Plattenthermographie diskutiert.
Bei eingeschränkter Prognose des Brustkrebses befaßten sich im Jahre 1978 mehrere Vortragende erstmals mit der Organisation einer sicheren Nachkontrolle. Sie machten auf eine regelmäßige Nachsorge in 1/4 - bzw. 1/2-jährlichen Abständen aufmerksam, verwiesen auf gynäkologische Untersuchungen bei der häufigen Metastasierung des Mamma-Carcinoms in den Genitalbereich und schlugen eine Zentralisation der Krebstherapie und eine Dezentralisation der Nachbehandlung vor.

4. ZUSAMMENFASSUNG

Der vorliegende Beitrag unternimmt für das Fachgebiet der Geburtshilfe und Frauenheilkunde eine Standortbestimmung und Beschreibung der Fortschritte in der Diagnose und in den Therapieerfolgen durch die Darstellung des Wandels geburtshilflicher und gynäkologischer Probleme in der Geschichte einer medizinischen Fachgesellschaft. Einleitend wird ein kurzer geschichtlicher Abriß der Entwicklung dieser Fachgesellschaft von zunächst nur 33 Fachexperten zu einer überregionalen Vereinigung von über 400 Frauenärzten aus der Schweiz, Frankreich und Süddeutschland dargestellt.

Aus den Tagungsberichten und Publikationen der Oberrheinischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie wurden aus 75 Jahren von 1905 bis heute die Themen betrachtet, die immer wieder von zeitgemäßem wechselndem Interesse und Aktualität waren.

Von den geburtshilflichen interessierenden Themen wurden Beiträge zur Gestose, geburtshilflichen Operationen und Schwangerschaftsunterbrechungen ausgewählt.

Bei den Schwangerschaftstoxikosen (Gestose) findet sich seit Jahrzehnten eine gleichmäßige Beurteilung der Epidemiologie. Die Ätiologie blieb dagegen bei wechselnden, teils experimentell unterbauten Hypothesen bis heute ungeklärt, sodaß eine kausale Therapie oder gar Prävention nicht möglich ist. Die Behandlung zu Anfang des Jahrhunderts wurde daher von teils heute merkwürdig erscheinenden, ratlosen Eingriffen geprägt und ist auch heute auf eine symptomatische Therapie beschränkt.

Bei den geburtshilflichen Operationen läßt sich in den Tagungsberichten und Publikationen der grundlegende Wandel von der Geburtshilfe zur Geburtsmedizin mit besonderer Einschränkung des Risikos für das Neugeborene verfolgen. Zu Anfang des Jahrhunderts war die Zangen-

entbindung ein häufig diskutierter "Kunstgriff" bei Gefährdung von Mutter und Kind. Der Kaiserschnitt dagegen hatte nur eine beschränkte Indikation wegen der hohen mütterlichen Morbidität und Mortalität. Mit der Entwicklung der Narkosemethoden und der Operationstechnik wurde inzwischen der Kaiserschnitt zur häufigsten geburtshilflichen Operation, die besonders bei Gefährdung des Neugeborenen unter der Geburt angewandt wird.

Die Schwangerschaftsunterbrechungen sind in diesem Jahrhundert immer wieder unter zeitgemäßen ethischen und moralischen Vorstellungen diskutiert worden. In bezeichnender Weise zeigte sich dieses 1912 in der geschilderten Abtreibungsaffäre eines Mitglieds, deren Diskussion in Einzelheiten in die Literatur einging. Die Indikationsstellungen haben sich inzwischen über die medizinische Indikation hinaus zur Einbeziehung der eugenischen und sozialen Indikation erweitert. Auch die operativen Methoden wurden von der Curettage bis zur Absaugung in der Frühschwangerschaft und medikamentösen Wehenauslösung bei fortgeschrittener Schwangerschaft entwickelt.

Von den gynäkologischen interessierenden Themen wurden die Entwicklung der Diagnostik und Behandlung bei Sterilität, Geschlechtskrankheiten und Krebserkrankungen der Frau verfolgt.

Die Sterilitätsdiagnostik profitierte bei der Abklärung funktioneller Ursachen von der stürmischen Entwicklung der Endokrinologie und bei anatomischen Ursachen von der Anwendung der Salpingographie bis zur Laparoskopie und Hysteroskopie. Die Entwicklung der Therapie führte entsprechend von der Funktionsregulierung mit Psychotherapie über die Hormontherapie bis zur Insemination sowie bei organischen Sterilitätsursachen von mikrochirurgischen Eingriffen bis zum heute möglichen Embryotransfer.

Bei den Geschlechtskrankheiten Gonorrhoe und Lues ist eine Verbreitung und Bedeutung mit den Zeitläufen der Kriegs- und Nachkriegszeit festzustellen. Bei nur geringen Fortschritten in der Diagnostik sind die Therapieerfolge durch die Einführung des Penicillins geprägt. Beide Krankheitsbilder haben den Verlauf zu chronischen gonorrhoischen Unterleibsleiden und chronischen luetischen desolaten Stadien bei rechtzeitiger Behandlung völlig verloren.

Bei den Unterleibserkrankungen fällt in den Diskussionen die epidemiologische Zunahme des Corpus-Carcinoms gegenüber dem Collum-Carcinom der Gebärmutter mit der Überalterung der Bevölkerung auf. Die Heilungsergebnisse der Strahlentherapie und der Operationen waren dagegen seit Jahrzehnten nur noch wenig zu verbessern. Beim Ovarial-Carcinom mit später Diagnose und schlechter Prognose wurden zur Standardtherapie immer wieder verschiedene Zusatzmaßnahmen empfohlen.

Das Mamma-Carcinom hat mit seiner zunehmenden Verbreitung in den beiden letzten Jahrzehnten auch in den Diskussionen der gynäkologischen Fachgesellschaft und Publikationen eine zunehmende Diskussion der Pathogenese, Prävention und Therapie gefunden. Hier spielt sicher eine Rolle, daß noch vor zwei Jahrzehnten die fortgeschrittenen Fälle vorwiegend der Therapie chirurgischer Kliniken zugeführt wurden, während heutzutage die Vorsorge und Früherkennung des Mamma-Carcinoms die Therapie dieser Frühstadien den Frauenkliniken zuführt.

Der Beitrag ergibt so einen interessanten Einblick in die Entwicklung der Geburtshilfe und Frauenheilkunde anhand ausgewählter Themen, die immer wieder von zeitgemäßem Interesse waren. Hierbei blieb der Zeitgeist in Mentalität, Moral und Ethik der Öffentlichkeit nicht ohne Einfluß. So ergibt sich eine Standortbestimmung, die die fortbestehende wissen-

schaftliche Diskussion um ungelöste Probleme von den echten diagnostischen und therapeutischen Fortschritten abgrenzt. Daher kann diese retrospektive Betrachtung vielleicht gegenwärtiges und zukünftiges ärztliches Handeln erleichtern.

ALMENDRAL, A.C., SENN, H.J.: Ovarialtumoren
Geburtsh. u. Gynäk. 34 (1974) 219

ALMENDRAL, A.C.: Nachkontrolle gynäkologischer Carcinome
Geburtsh. u. Gynäk. 39 (1979) 344

AMERSBACH, R.: Salpingitis nach Einleitung des künstlichen Aborts
Beitr. z. Geb. u. Gyn. 16 (1911) 196 - 198

ANDERER, M., NEESER, E., PIRSCHEL, J.: Fortschritte in der Diagnostik und Therapie der Sterilität
Geburtsh. u. Gynäk. 39 (1979) 988

ANDERERS, K.: Diskussionsbeitrag zu RUNGE, H.: Über einen Fall von erfolgreicher Tubenimplantation
Zbl. Gynäk. 61_3 (1937) 2655 - 2660

BAADER, O.: Die Häufigkeit und Sterblichkeit der Eklampsie in der geburtshilflichen Statistik Badens
Zbl. Gynäk. 63_2 (1939) 1111

BACH, H.: Zur Frage der Wandlung der Indikationsstellung zum Kaiserschnitt
Geburtsh. u. Gynäk. 18 (1958) 1383

BACH, H.: Diskussionsbeitrag zu NOBEL, J.: 5 Jahre Intubationsnarkose bei der Schnittentbindung (1955 - 1959)
Geburtsh. u. Gynäk. 21 (1961) 507

BADER, P.: Die Geburten aus BEK an der UFK Zürich
Geburtsh. u. Gynäk. 33 (1973) 822

BAYER, H.: Läßt sich der künstliche Abort aus rassehygienischen Gründen motivieren?
Beitr. z. Geb. u. Gyn. 18 (1913) 163 - 168

BERGER, J.: Die mütterliche Mortalität nach Sectio caesarea
Geburtsh. u. Gynäk. 24 (1964) 810

BICKENBACH, W.: Über den Gehalt der Placenta an gonadotropem Hormon bei Gesunden und eklamptischen Graviden
Zbl. Gynäk. 64_1 (1940) 83

BICKENBACH, W.: Vorschläge zur klinischen Einteilung der Carcinoma coporis uteri
Geburtsh. u. Gynäk. 15 (1955) 946

BOCKELMANN v.: Diskussionsbeitrag zu MAYER, A.: Bemerkungen zur Kielland-Zange
Zbl. Gynäk. 46, (1922) 183

BROER, K.H.: Fortschritte in der Diagnostik und Therapie der Sterilität
Geburtsh. u. Gynäk. 39 (1979) 988

BRUN DEL RE, R., ALMENDRAL, A.C., DE GRANDI, P., HIRSCH, H.H., STUCKI, D.: Mammadiagnostik
Geburtsh. u. Gynäk. 36 (1976) 797

BUSCHBECK, H.: Ungewöhnliches klinisches Bild bei einem seltenen Ovarialtumor Disgerminom
Zbl. Gynäk. 60, (1936) 343

BUSSE, O.: Fertilität nach Schnittentbindung
Zbl. Gynäk. 62, (1938) 2627

BUSSE, O.: Die Dosierung des Corpus-luteum-Hormons beim habituellen Abort
Zbl. Gynäk. 64, (1940) 84 - 89

BUTTENBERG, D., WERNER, K.: Die diagnostische Bedeutung der Mammographie
Zbl. Gynäk. 82, (1960) 73

CLAVERT: Fortschritte in der Diagnostik und Therapie der Sterilität
Geburtsh. u. Gynäk. 39 (1979) 988

CLOEREN, ST., MALL, M.: Zur Frage der Schwangerschaftsunterbrechung bei Frauen mit Malignomen
Geburtsh. u. Gynäk. 24 (1964) 817

DECKER, K.: Infektions-Komplikationen nach Schwangerschaftsabbruch
Geburtsh. u. Gynäk. 39 (1979) 346

DREJER v., H.J.: Diskussionsbeitrag zu MAYER, A.: Bemerkungen zur Kielland-Zange
Zbl. Gynäk. 46, (1922) 183

EBERHART, F.: Diskussionsbeitrag zu FREUND, H.: Geheilte und ungeheilte Fälle von Sterilität
Zbl. Gynäk. 46_2 (1922) 1525

EBERHART, F.: Chorioiditis disseminata und künstlicher Abort
Zbl. Gynäk. 47_2 (1923) 1409 - 1413

EBERHART, F.: Diskussionsbeitrag zu MAIER, E.: Zur Diagnose und Therapie der weiblichen Gonorrhoe
Zbl. Gynäk. 50_2 (1926) 2035

EBERHART, F.: Die wertbeständige innere Untersuchung und die Schnittentbindungspropaganda
Zbl. Gynäk. 52_1 (1928) 888 - 890

EBERHART, F.: Bemerkungen zu der Kaiserschnittfrage nach Dörfler
Zbl. Gynäk. 60_1 (1936) 399

EBERHART, F.: Zur Kasuistik der Narbenruptur nach Schnittentbindung
Zbl. Gynäk. 60_3 (1936) 2497

EBERHART, F.: Diskussionsbeitrag zu RUNGE, H.: Über einen Fall von erfolgreicher Tubenimplantation
Zbl. Gynäk. 61_3 (1937) 2655 - 2660

EBERHART, F.: Diskussionsbeitrag zu LABHARDT, W.: Über die Erfolge der modernen Placenta-praevia- und Eklampsietherapie
Zbl. Gynäk. 62_3 (1938) 1381

EBERHART, F.: Diskussionsbeitrag zu MAUK: Uliron in der Gonorrhoe - Behandlung der Frauen
Zbl. Gynäk. 62_3 (1938) 2624

EGGIMANN, U.: Zustand des Kindes bei BEL
Geburtsh. u. Gynäk. 33 (1973) 822

FABER, P., BENDER, H.J., DETSCHER, B.: Nachkontrolle gynäkologischer Carcinome
Geburtsh. u. Gynäk. 39 (1979) 344

FABIAN, H.: Zur perinatalen Gefährdung des BEL-Kindes
Geburtsh. u. Gynäk. 33 (1973) 822

FEHLING, H.: Herr Menge und die Zange
Beitr. z. Geb. u. Gyn.
15 (1910) 296

FEHLING, H.: Diskussionsbeitrag zu
AMERSBACH, R.:
Salpingitis nach Einleitung des künstlichen Aborts
Beitr. z. Geb. u. Gyn.
16 (1911) 196 - 198

FEHLING, H.: Diskussionsbeitrag zu FREUND, H.:
Über die hohe Zange
Beitr. z. Geb. u. Gyn.
17 (1912) 275

FELDWEG, I.: Diskussionsbeitrag zu PANKOW, M.:
Aborteinleitung mit Interruptin
Zbl. Gynäk. 56_1 (1932) 884 - 886

FELDWEG, I.: Über die adenomatösen Collum-Carcinome
Zbl. Gynäk. 56_3 (1932) 2976

FELDWEG, I.: Diskussionsbeitrag zu WELSCH, K.:
Zur Frage der lokalen Gewebsschädigung und deren Spätfolgen bei der Schwangerschaftsunterbrechung mit der Salbenmethode
Zbl. Gynäk. 57_2 (1933) 1320

FELDWEG, I.: Zur Kaiserschnittechnik
Zbl. Gynäk 60_1 (1936) 403

FETTIG, O.,
HILLEMANNS, H.G.: Zur Technik und Klinik der Portiokonisation im Rahmen der Früherfassung der Collum-Carcinome
Geburtsh. u. Gynäk. 21 (1961) 515

FETTIG, O.: Nachkontrolle gynäkologischer Carcinome
Geburtsh. u. Gynäk. 39 (1979) 344

FETZER, E.: Zur Indikation der Schnittentbindung
Zbl. Gynäk. 48_2 (1924) 2035

FETZER, E.: Diskussionsbeitrag zu HEGAR, K.:
Die Verhütung der Infektion bei der Schnittentbindung
Zbl. Gynäk. 60_3 (1936) 2497

FRANGENHEIM, A.: Fortschritte in der Diagnostik und Therapie der Sterilität
Geburtsh. u. Gynäk. 39 (1979) 988

FRANK, W.: Die statistische Auswertung von 985 Fällen klinisch behandelter Frauen-Gonorrhoe
Zbl Gynäk. 51_1 (1927) 1081

FRANKEN, H.: Die von Boro'sche Luesreaktion in der Frauenklinik
Zbl. Gynäk. 76_2 (1954) 1361

FREUND, H.: Kaiserschnitt bei bedrohlichen Blutungen in der Geburt, insbesondere bei Blasenmolen
Beitr. z. Geb. u. Gyn.
16 (1911) 175

FREUND, H.: Über die hohe Zange
Beitr. z. Geb. u. Gyn.
17 (1912) 275

FREUND, H.: Leitsätze und deren Begründung zum Thema: Der künstliche Abortus
Zbl. Gynäk. 44_1 (1920) 148 - 153

FREUND, H.: Geheilte und ungeheilte Fälle von Sterilität
Zbl Gynäk. 46_2 (1922) 1525

FREY, E.: Prinzipielles zur Indikationsstellung für den therapeutischen Abort
Zbl. Gynäk. 50_2 (1926) 2042 - 2047

FREY, E.: Zur Frage der Bluttransfusion bei Eklampsie
Zbl. Gynäk. 50_2 (1926) 2122

FREY, E.: Die Schnittentbindung bei der Placenta praevia
Zbl. Gynäk. 51_1 (1927) 1073

FREY, E.: Die Bedeutung der Lokalanaesthesie für die abdominale Schnittentbindung
Zbl. Gynäk. 52_3 (1928) 2485

FREY, E.: Neuorientierung in der Geburtshilfe
Zbl. Gynäk. 56_1 (1932) 882

FRIEDBERG, V.: Die extrazelluläre Flüssigkeit in der Schwangerschaft und bei Schwangerschaftstoxikosen
Zbl. Gynäk. 75_2 (1953) 1070

FRIEDBERG, V.: Untersuchungen über den Wasser- und Elektrolythaushalt in der Schwangerschaft und bei Toxikosen
Geburtsh. u. Gynäk. 17 (1957) 974

FÜRST, W.: Über Eklampsie und ihre Behandlung
Zbl. Gynäk. 48_2 (1924) 2027

FÜRST, W.: Die Vorbestrahlung des Collum-Carcinoms zur Prophylaxe der postoperativen Infektionen aus endogener Ursache
Zbl. Gynäk. 50_1 (1926) 250,
49_1 (1925) 247

FÜRST, W.: Zur Frage der Strahlenbehandlung des Collum-Carcinoms
Zbl. Gynäk. 50_3 (1926) 2782
50_2 (1926) 1938

GAUSS, C.J.: Zur i.v. Therapie der unkomplizierten weiblichen Gonorrhoe
Zbl. Gynäk. 45_2 (1921) 1291

GAUSS, C.J.: Diskussionsbeitrag zu MAIER, E.: Zur Diagnose und Therapie der weiblichen Gonorrhoe
Zbl. Gynäk. 50_2 (1926) 2035

GAUSS, C.J.: Diskussionsbeitrag zu FREY, E.: Prinzipielles zur Indikationsstellung für den therapeutischen Abort
Zbl. Gynäk. 50_2 (1926) 2042

GEIER, G., KRAUS, H., SCHUHMANN, R.: Ovarialtumoren
Geburtsh. u. Gynäk. 35 (1975) 69

GEIER, G., SCHLAG, BINDEWALD: Mammadiagnostik
Geburtsh. u. Gynäk. 36 (1976) 797

GENSLE: Diskussionsbeitrag zu NOBEL, J.: 5 Jahre Intubatiosnarkose bei der Schnittentbindung (1955 - 1959)
Geburtsh. u. Gynäk. 21 (1961) 507

GULIK, V.: Neugeborene nach Entbindung aus BEL
Geburtsh. u. Gynäk. 33 (1973) 822

HALLER, U.: Nachkontrolle gynäkologischer Carcinome
Geburtsh. u. Gynäk. 39 (1979) 344

HARTMANN, H.: Die Ergebnisse der Collum-Carcinom-Behandlung an der Landesfrauenklinik Stuttgart 1950 - 1957, unter besonderer Berücksichtigung der Ureterkomplikationen
Geburtsh. u. Gynäk. 23 (1963) 832

HEGAR, A.: Diskussionsbeitrag zu AMERSBACH, R.: Salpingitis nach Einleitung des künstlichen Aborts
Beitr. z. Geb. u. Gyn.
16 (1911) 196 - 198

HEGAR, A.: Bericht über die Angelegenheit Niebergall
Beitr. z. Geb. u. Gyn.
18 (1913) 425

HEGAR, K.: Die Verhütung der Infektion bei der Schnittentbindung
Zbl. Gynäk. 60_3 (1936) 2497

HELD, E.: Struktur unserer Spätgestosen
Geburtsh. u. Gynäk. 21 (1961) 914

HELLER, L.: Die Eiweißtherapie der Spättoxikosen und ihre physiologischen Grundlagen
Zbl. Gynäk. 74_2 (1952) 1959

HEPP, H., INTHRAPHUVASAK, J., SCHEIDEL, P.: Mikrochirurgie der Tube
Geburtsh. u. Gynäk. 39 (1979) 347

HERRENSCHNEIDER: Heilung der Eklampsie durch Entfernung der Brüste
Beitr. z. Geb. u. Gyn.
17 (1912) 129

HEUCK, H.: Diskussionbeitrag zu RUNGE, H.: Über einen Fall von erfolgreicher Tubenimplantation
Zbl. Gynäk. 61_3 (1927) 2655 - 2660

HILLEMANNS, H.G., PFLEIDERER, A.: Ovarialtumoren
Geburtsh. u. Gynäk. 35 (1975) 69

HOCHULI, E.: Die Nierenfunktion bei Eklampsie
Geburtsh. u. Gynäk. 17 (1957) 974

HOFBAUER: zitiert in THIESSEN, P.:
Über Spätschäden des Herzens und Kreislaufs nach Eklampsie und Präklampsie
Zbl. Gynäk. 61_2 (1937) 1600

HUEBER: Beitrag zu HÜSSY, P.:
Zur Frage der Unfruchtbarkeit nach Kaiserschnitt
Zbl. Gynäk. 57_2 (1933) 1322

HÜSSY, P.: Eklampsie nach Fruchttod
Zbl. Gynäk. 56_3 (1932) 2973

HÜSSY, P.: Zur Frage der Unfruchtbarkeit nach Kaiserschnitt
Zbl. Gynäk. 57_2 (1933) 1322

JAKOBI, H.: Indikation und Erfolge der Salpingographie bei Sterilität
Zbl. Gynäk. 64_1 (1940) 89

JASCHKE v., R.TH.: Diskussionsbeitrag zu WALZ, W.:
Zangenentbindung und Kindersterblichkeit unter der Geburt
Zbl. Gynäk. 52_1 (1926) 238

JOHANNSEN: Diskussionsbeitrag zu
EBERHART, F.:
Die wertbeständige innere Untersuchung und die Schnittentbindungspropaganda
Zbl. Gynäk. 52_1 (1928) 888 - 890

JUNG, H.,
NIESERT, W.: Das quantitative Urinsediment in der normalen Schwangerschaft und bei der Spätgestose
Geburtsh. u. Gynäk 23 (1963) 92

JUNG, G.: LDH bei der Diagnose des Ovarial-Carcinoms
Geburtsh. u. Gynäk. 24 (1964) 815

JUNG, G.,
KIDESS, E.: Das Verhalten von Enzymen bei malignen und benignen Tumoren des menschlichen Ovariums
Geburtsh. u. Gynäk. 28 (1968) 988

KAISER, R.: Gestagene in der Pathogenese, Prophylaxe und Therapie von Genital- und Mammatumoren
Geburtsh. u. Gynäk. 31 (1971) 186

KAPP-SCHWOERER, H., HILLEMANNS, H.J.: Neue Gesichtspunkte zur Therapie des Collum-Carcinoms
Geburtsh. u. Gynäk. 28 (1968) 973

KÄSER, O.: Die Behandlung der hypertensiven Spättoxikosen mit Protoveratrin
Zbl. Gynäk. 75_2 (1953) 1944

KELLER, F.: Über die Bedeutung der radioaktiven Wismutzusatzbehandlung beim Collum-Carcinom
Zbl. Gynäk. 57_3 (1933) 2816
57_2 (1933) 1859

KELLER, F.: Über Ovarial-Carcinome
Zbl. Gynäk 60_1 (1936) 409

KELLER, F.: Die Erfolge der Collum- und Corpus-Carcinom-Behandlung an der Universitäts-Frauenklinik Freiburg
Zbl. Gynäk. 60_3 (1936) 2507

KERMAUNER: Intrauterin entstandene Ophthalmoblenorrhoe mit Ulcus cornea
Beitr. z. Geb u. Gyn.
12 (1908) 153

KESSLER, A.: Unsere Erfolge mit der Vakuum-Extraktion
Geburtsh. u. Gynäk. 21 (1961) 505

KIDESS, E., JUNG, G., UNBEHAUN, V.: Das Verhalten der sogenannten Leucin-Aminopeptidase (LAP) beim Ovarial-Carcinom
Geburtsh. u. Gynäk. 28 (1968) 971

KLEINE, H.O.: Diskussionsbeitrag zu HÜSSY, P.: Eklampsie nach Fruchttod
Zbl. Gynäk. 56_3 (1932) 2973

KNEER, O.: Serumbehandlung beim habituellen Abort
Zbl. Gynäk. 62_3 (1938) 2628 - 2629

KNÖRR, K.: Prospektive Studie zum Thema: BEL
Geburtsh. u. Gynäk. 33 (1973) 822

KOCH: Diskussionsbeitrag zu ROTH, F.:
Mamma-Carcinom und Ovarialfunktion
Zbl. Gynäk. 77_1 (1955) 348

KOLLER, TH.: Zur Behandlung des Corpus-Carcinoms durch Operation und Bestrahlung
Zbl. Gynäk. 77_1 (1955) 344

KRIEG, H.,
REISSMANN, G.: Die Methodik und Bedeutung des Nachweises von Sperma-Antikörper in der Sterilitätssprechstunde
Geburtsh. u. Gynäk 31 (1971) 200

KÜSTNER, H.: Diskussionsbeitrag zu RUNGE, H.:
Über einen Fall von erfolgreicher Tubenimplantation
Zbl. Gynäk. 61_3 (1937) 2655

KÜSTNER, H.: zitiert in BAADER, O.:
Die Häufigkeit und Sterblichkeit der Eklampsie in der geburtshilflichen Statistik Badens
Zbl. Gynäk. 63_2 (1939) 1111

KUBLI, F.,
KAUFMANN, M.,
FOURNIER v., D.: Nachkontrolle gynäkologischer Carcinome
Geburtsh. u. Gynäk. 39 (1979) 344

KUPPENHEIM: Diskussionsbeitrag zu PANKOW, M.:
Aborteinleitung mit Interruptin
Zbl. Gynäk. 56_1 (1932) 884 - 886

LABHARDT, W.: Diskussionsbeitrag zu
EBERHART, F.:
Fortpflanzungregulierung
Zbl. Gynäk. 48_2 (1924) 2044

LABHARDT, W.: Diskussionsbeitrag zu FREY, TH.:
Die Schnittentbindung bei Placenta praevia
Zbl. Gynäk. 51_1 (1927) 1073 - 1077

LABHARDT, W.: Diskussionsbeitrag zu HEGAR, K.:
Die Verhütung der Infektion bei der Schnittentbindung
Zbl. Gynäk. 60_3 (1936) 2497

LABHARDT, W.: Über die Erfolge der modernen Placenta-praevia- und Eklampsietherapie
Zbl. Gynäk. 62_2 (1938) 1381

LANGREDER, W.: Vorschläge zur Implantationsverbesserung bei Sterilität
Geburtsh. u. Gynäk. 23 (1963) 89

LAU, H.: Die Seitigkeit der Ovarialtumoren
Geburtsh. u. Gynäk. 23 (1963) 883
24 (1964) 156

LIMBERGER, J.: Nachweis einer Renin-ähnlichen Substanz in Plazenten gesunder und toxämischer Schwangerschaften
Geburtsh. u. Gynäk. 28 (1968) 979

LINZENMEIER, G.: Über Hautmetastasen nach operiertem Eierstockkrebs
Zbl. Gynäk. 54_1 (1930) 355

LÜDICKE, K.,
GIETZELT, F.,
DEGNER, W.,
HORST-MEYER z., H.: Erste Erfahrungen mit biaxialer Telekobaltpendelbestrahlung beim Collum-Carcinom
Geburtsh. u. Gynäk. 21 (1961) 922

MAIER, E.: Zur Diagnose und Therapie der weiblichen Gonorrhoe
Zbl. Gynäk. 50_2 (1926) 2035

MAYER, A.: Zur modernen Abortusfrage
Zbl. Gynäk. 42_2 (1918) 853

MAYER, A.: Bemerkungen zur Kielland-Zange
Zbl. Gynäk. 46_1 (1922) 183

MAYER, A.: Diskussionsbeitrag zu FREUND, H.: Geheilte und ungeheilte Fälle von Sterilität
Zbl. Gynäk. 46_2 (1922) 1525

MAYER, A.: Über die Zunahme der sterilen Ehen seit dem Kriege
Zbl. Gynäk. 46_2 (1922) 1529

MAYER, A.: Diskussionsbeitrag zu FÜRST, W.: Die Vorbestrahlung des Collum-Carcinoms zur Prophylaxe der postoperativen Infektionen aus endogener Ursache
Zbl. Gynäk. 49_1 (1925) 247

MAYER, A.: Diskussionsbeitrag zu EBERHART, F.: Die wertbeständige innere Untersuchung und die Schnittentbindungspropaganda Zbl. Gynäk. 52_1 (1928) 888 - 890

MAYER, A.: Über die russischen Erfahrungen mit der Legalisierung des Aborts Zbl. Gynäk. 56_3 (1932) 2968 - 2970

MAYER, A.: Diskussionsbeitrag zu RUNGE, H.: Über einen Fall von erfolgreicher Tubenimplantation Zbl. Gynäk. 61_3 (1937) 2655 - 2660

MAYER, A.: Diskussionsbeitrag zu ROTH, F.: Mamma-Carcinom und Ovarialfunktion Zbl. Gynäk. 77_1 (1955) 348

MAYER, A.: Zum Geburtstag der Oberrheinischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie Gynaecologia 140 (1955) 340 -356

MAYER, A.: Prof. Dr. Theo Koller zum 60. Geburtstag Gynaecologia 147 (1959) 285 -294

MAYER, A.: Der Oberrheinischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zum 60. Geburtstag Gynaecologia 147 (1965) 157 -165

MAUK: Uliron in der Gonorrhoe-Behandlung der Frauen Zbl. Gynäk. 62_3 (1938) 2624

MENGE, K.: Diskussionsbeitrag zu FEHLING, H.: Herr Menge und die Zange Beitr. z. Geb. u. Gyn. 15 (1910) 296

MENGE, K.: Demonstration von Kranken mit Uterus-Carcinom, welche mit Mesothorium und Radium behandelt worden sind Beitr. z. Geb. u. Gyn. 19 (1914) 309

MENGE, K.: Diskussionsbeitrag zu FÜRST, W.: Über Eklampsie und ihre Behandlung Zbl. Gynäk. 48_2 (1924) 2027

MENGE, K.: Diskussionsbeitrag zu WALZ, W.: Zangenentbindungen und Kindersterblichkeit unter der Geburt Zbl. Gynäk. 50_1 (1926) 238

MENGE, K.: Ausbau der Radiumtherapie des Uterus-Carcinoms Zbl. Gynäk. 53_3 (1929) 2497

MENNET: Beitrag zu HÜSSY, P.: Zur Frage der Unfruchtbarkeit nach Kaiserschnitt Zbl. Gynäk. 57_2 (1933) 1322

MEY, R.: Über habituelle Aborte bei ungenügendem Cervixverschluß Geburtsh. u. Gynäk. 17 (1957) 976

MEY, R.: Diskussionsbeitrag zu LANGREDER, W.: Vorschläge zur Implantationsverbesserung bei Sterilität Geburtsh. u. Gynäk. 23 (1963) 883
24 (1964) 156

MEYER-RUEGG: Diskussionsbeitrag zu FREUND, H.: Geheilte und ungeheilte Fälle von Sterilität Zbl. Gynäk. 46_2 (1922) 1525

MINGEOT, R.: La présentation par les siège revue 285 cas consecutifs Geburtsh. u. Gynäk. 33 (1973) 822

MONNET, H.: Evolution du prognostic dans les présentations du siège: arguments statistiques Geburtsh. u. Gynäk. 33 (1973) 822

MÜLLER, P.: Gefahren der Strahlenschädigung im Rahmen der Richtlinien zur medizinischen Indikation der Schwangerschaftsunterbrechung Geburtsh. u. Gynäk. 23 (1963) 847

MÜLLER, P., ALMENDRAL, A.C.: Ovarialtumoren Geburtsh. u. Gynäk. 34 (1974) 219

NEUWEILER: Diskussionsbeitrag zu KESSLER, A.: Unsere Erfahrungen mit dem Vakuum-Extraktor Geburtsh. u. Gynäk. 21 (1961) 505

NOBEL, J.: 5 Jahre Intubationsnarkose bei der Schnittentbindung (1955 - 1959) Geburtsh. u. Gynäk. 21 (1961) 507

OBOLENSKY, W.: Auswertung von 366 BEL-Geburten Geburtsh. u. Gynäk. 33 (1973) 822

OBOLENSKY, W., ZÜRCHER, W.O.: Fortschritte in der Diagnostik und Therapie der Sterilität Geburtsh. u. Gynäk. 39 (1979) 988

OEHLERT: Diskussionsbeitrag zu KESSLER, A.: Unsere Erfahrungen mit dem Vakuum-Extraktor Geburtsh. u. Gynäk. 21 (1961) 505

OETTINGEN v., KJ., SCHWOERER, B.: Gibt es ein Placentagift im Sinne Obatas? Zbl. Gynäk. 50_3 (1926) 3009

OETTINGEN v., KJ.: Experimentelle Studie zur Eklampsiefrage Zbl. Gynäk. 51_3 (1927)

OETTINGEN v., KJ.: Diskussionsbeitrag zu EBERHART, F.: Die wertbeständige innere Untersuchung und die Schnittentbindungspropaganda Zbl. Gynäk. 52_1 (1928) 888 - 890

OPITZ, G.: Diskussionsbeitrag zu MAYER, A.: Bemerkungen zur Kielland-Zange Zbl. Gynäk. 46_1 (1922) 183

OPITZ, G.: Diskussionsbeitrag zu FREUND,H.: Geheilte und ungeheilte Fälle von Sterilität Zbl. Gynäk. 46_2 (1922) 1525

OPITZ, G.: Neue Erfolge unserer Strahlenbehandlung des Uterus-Carcinoms Zbl. Gynäk. 46_2 (1922) 1535

OPITZ, G.: Diskussionsbeitrag zu WALZ, W.: Zangenentbindung und Kindersterblichkeit unter der Geburt Zbl. Gynäk. 50_1 (1926) 238

OPITZ, G.: Diskussionsbeitrag zu MAIER, E.: Zur Diagnose und Therapie der weiblichen Gonorrhoe Zbl. Gynäk. 50_2 (1926) 2035

OPITZ, G.: Diskussionsbeitrag zu FREY,E.: Prinzipielles zur Indikationsstellung für den therapeutischen Abort
Zbl. Gynäk. 50_2 (1926) 2042

PANKOW, P.: Diskussionsbeitrag zu EBERHART, F.: Die wertbeständige innere Untersuchung und die Schnittentbindungspropaganda
Zbl. Gynäk. 52_1 (1928) 888 - 890

PANKOW, P.: Strahlenbehandlung des Carcinoma collum uteri in graviditate
Zbl. Gynäk. 55_3 (1931) 3140

PANKOW, P.: Aborteinleitung mit Interruptin
Zbl. Gynäk. 56_1 (1932) 884 - 886

PFAU, P.: Diskussionsbeitrag zu WAGNER, H.: Klinische Erfahrungen mit hydrierten Sekalealkaloiden und Protoveratrin bei Spättoxikosen
Geburtsh. u. Gynäk. 15 (1955) 960

PFLEIDERER, A.: Zur Häufigkeit und Ätiologie des Uterus-Carcinoms
Zbl. Gynäk. 54_1 (1930) 361

PFLEIDERER, jr., A., TEUFEL, G.: Zur Problematik der hormonalen Aktivität des Ovarial-Carcinoms
Geburtsh. u. Gynäk. 28 (1968) 971

PFLEIDERER, A.: Ovarialtumoren
Geburtsh u. Gynäk. 34 (1974) 219

PROBST, V.: Zur Behandlung des Abortus imminens und des Abortus habitualis mit hohen Dosen östrogener Substanz
Zbl. Gynäk. 74_2 (1952) 1470

RANDALL, J.H., RANDALL, C.L., MASTERS, DANS: Diskussionsbeitrag zu LAU, H.: Die Seitigkeit von Ovarialtumoren
Geburtsh. u. Gynäk. 23 (1963) 883
24 (1964) 156

RANDALL, C.L., HAUSER, u.a.: Diskussionsbeitrag zu LAU, H.: Die Seitigkeit von Ovarialtumoren
Geburtsh. u. Gynäk. 23 (1963) 883
24 (1964) 156

REICHENMILLER, H.: Wandel in der Behandlung des Corpus-Carcinoms
Geburtsh. u. Gynäk. 15 (1955) 947

RITTER, J.: Fortschritte in der Diagnostik und Therapie der Sterilität
Geburtsh. u. Gynäk. 39 (1979) 988

ROLL, H.: Fortschritte in der Diagnostik und Therapie der Sterilität
Geburtsh. u. Gynäk. 39 (1973) 988

ROTH, F.: Mamma-Carcinom und Ovarialfunktion
Zbl. Gynäk. 77_1 (1955) 348

RÜGEMER-KÜRZEL, L.: Behandlung beginnender Spättoxikosen in der fachärztlichen Praxis
Geburtsh. u. Gynäk. 21 (1961) 914

RUFLI: Kulturelle Diagnostik der Gonorrhoe
Geburtsh. u. Gynäk. 39 (1979) 991

RUNGE, H.: Über einen Fall von erfolgreicher Tubenimplantation nebst Bemerkungen zur operativen Behandlung sekundärer Sterilität
Zbl. Gynäk. 61_3 (1937) 2655 - 2660

RUNGE, H.: Diskussionsbeitrag zu BUSSE, O.: Die Dosierung des Corpus-luteum-Hormons beim habituellen Abort
Zbl. Gynäk. 64_1 (1940) 84 - 89

SALPETER, C., FLORESHEIM, Y.: Fortschritte in der Diagnostik und Therapie der Sterilität
Geburtsh. u. Gynäk. 39 (1979) 988

SCHLOTTER, C.M.: Simultane mütterliche und kindliche Säure-Basen-Verhältnisse bei Schädellagen sowie BEL nach unterschiedlicher Geburtseinleitung
Geburtsh. u. Gynäk. 33 (1973) 822

SCHULTHEISS, M.-L.: Kindersterblichkeit und Zangenfrequenz
Zbl. Gynäk. 50_2 (1926) 2049

SCHULZE, E.E.: Die Behandlung der Eklampsie und Präeklampsie mit einem Cholinester
Zbl. Gynäk. 74_2 (1952) 1960

SCHWALM, H.: Eine Luesreaktion im Kapillarblut, geeignet für die Sprechstunde und Schwangerschaftsberatung
M.schr. f. Geb. u. Gyn.
100 (1935) 311

SELLHEIM, H.: Diskussionsbeitrag zu FREUND, H.: Über die hohe Zange
Beitr. z. Geb. u. Gyn.
17 (1912) 275

SIEVERS, H.: Wehenstoffe im Serum und Urin Gebärender und Eklamptischer
Zbl. Gynäk. 64_1 (1940) 90

SIMMER, H.H.: Aus den Anfängen der Oberrheinischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie (1905-1914)
Jubiläumsschrift, 75 Jahre Oberrheinische Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie
(1980) 7 - 21

SPECHTER, H.J.: Ergebnisse der Bewegungsbestrahlung (Tübinger Methode) beim Collum-Carcinom
Geburtsh. u. Gynäk. 24 (1964) 814

STEGMANN, H.: Zur Technik der Vakuumextraktion beim tiefen Querstand
Geburtsh. u. Gynäk. 23 (1963) 939

STEMMER: Diskussionsbeitrag zu MAIER, E.: Zur Diagnose und Therapie der weiblichen Gonorrhoe
Zbl. Gynäk. 50_2 (1926) 2035

STÖCKLI: Diskussionsbeitrag zu NOBEL, J.: 5 Jahre Intubationsnarkose bei der Schnittentbindung (1955 - 1959)
Geburtsh. u. Gynäk. 21 (1961) 507

STÜBLER, E.: Die Oberrheinische Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie
Sudhoffs Arch. für Gesch. d. Mediz.
37 (1953) 405 - 410

STÜRMER, K.: Systematik der Spättoxikose in der Schwangerschaft
Zbl. Gynäk. 74_2 (1952) 1990

SUSEMILL, D., GUMBRECHT, C.: Differenzen zwischen prä- und posttherapeutischer Tumorklassifikation nach dem TNM-System und Vergleich des TNM-Systems mit der FIGO-Klassifikation
Geburtsh. u. Gynäk. 36 (1976) 797

TAUSCH, B.: Fertilität und Kaiserschnitt
Zbl. Gynäk. 57_2 (1933) 1321

TAUSCH, B.: Über interkurrente Eklampsie
Zbl. Gynäk. 59_2 (1935) 1615

THIESSEN, P.: Über Spätschäden des Herzens und Kreislaufs nach Eklampsie und Präeklampsie
Zbl. Gynäk. 61_2 (1937) 1600

THIESSEN, P.: Die Behandlung von Ovarial-Carcinomen mit hohen Progesterondosen
Zbl. Gynäk. 74_2 (1952) 1468

THIESSEN, P.: Diskussionsbeitrag zu BUTTENBERG, D., K. WERNER: Die diagnostische Bedeutung der Mammographie
Zbl. Gynäk. 82_1 (1960) 73

THIESSEN, P.: Diskussionsbeitrag zu KESSLER, A.: Unsere Erfahrungen mit dem Vakuum-Extraktor
Geburtsh. u. Gynäk. 21 (1961) 505

THIESSEN, P.: Eigene Zangentechnik mit eigenem Zangenmodell
Geburtsh. u. Gynäk. 28 (1968) 991

VOGT, E.: Diskussionsbeitrag zu FREUND, H.: Geheilte und ungeheilte Fälle von Sterilität
Zbl. Gynäk. 46_2 (1922) 1525

VOGT, F.: Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft mit gleichzeitiger Sterilisierung in einer Sitzung durch tiefen intraperitonealen Uterusschnitt und Tubenimplantation
Zbl. Gynäk. 47_2 (1923) 1428 u.
M.schr. f. Geb. u. Gyn.
63 (1923) 309 - 314

VOGT, F.: Über die WaR des Liquor cerebrospinalis bei nicht-syphilitischen Schwangeren und Gebärenden
Zbl. Gynäk. 51_1 (1927) 1079

VOGT, F.: Diskussionsbeitrag zu FREY, TH.: Die Schnittentbindung bei Placenta praevia
Zbl. Gynäk. 51_1 (1927) 1073 - 1077

WAGNER, H.: Zur Therapie der Spättoxikosen mit gefäßerweiternden und die Durchblutung fördernden Mitteln
Zbl. Gynäk. 77_2 (1955) 1577

WALLNER, H, HOLDERSCHNER, W.: Die durch Abortus gefährdete Schwangerschaft
Geburtsh. u. Gynäk. 31 (1971) 196

WALZ, W.: Zangenentbindung und Kindersterblichkeit unter der Geburt
Zbl. Gynäk. 50_1 (1926) 238

WEDDING, H., WAGNER, D., RÖHL, M.: Corpus-Carcinom und Graviditätenzahl
Geburtsh. u. Gynäk. 28 (1968) 972

WELSCH, K.: Zur Frage der lokalen Gewebsschädigung und deren Spätfolgen bei der Schwangerschaftsunterbrechung mit der Salbenmethode
Zbl. Gynäk. 57_2 (1933) 1320

WEYMAR, P., SCHULZ, K.D.: Nachkontrolle gynäkologischer Carcinome
Geburtsh. u. Gynäk. 39 (1979) 344

WILBRAND, U.: Die Erregbarkeit des Atemzentrums während der normalen Schwangerschaft und bei Spätgestosen
Geburtsh. u. Gynäk. 15 (1955) 961

WIMHÖFER, H.: Hormonbehandlung des inkurablen Collum-Carcinoms
Zbl. Gynäk. 74_2 (1952) 1469

WIMHÖFER, H.: Behandlungsergebnisse des Collum-Carcinoms in der Heidelberger Klinik (1936 - 1945)
Zbl. Gynäk. 74_2 (1952) 1958

WINCKEL v.: Diskussionsbeitrag zu MAYER, A.: Bemerkungen zur Kielland-Zange
Zbl. Gynäk. 46_1 (1922) 183

ZEITZ, H.: Heilungsergebnisse des Corpus-Carcinoms von 1935 - 1946 an der Heidelberger Klinik
Zbl. Gynäk. 75_2 (1953) 1950

Für die Überlassung des Themas und die
entgegenkommende Unterstützung der Arbeit
bin ich Herrn Professor Dr. P.A. König
zu Dank verpflichtet.

Lebenslauf:

Am 18. Mai 1957 wurde ich, Jutta Hiller, geb. Uschpurwies, als erste Tochter des Posthauptschaffners Richard Uschpurwies und seiner Ehefrau Ruth, geb. Primke, in Schmallenberg, Kreis Meschede, geboren.
Ich besuchte die Volksschule in Schmallenberg (1963-1967), danach das Staatliche Gymnasium Schmallenberg (1967-1970) und später das Gymnasium der Gesamtschule Kirchhain. Dort bestand ich am 18. Mai 1976 die Reifeprüfung.
Im Wintersemester 1976/77 begann ich das Studium der Medizin an der Philipps-Universität in Marburg.
Die Ärztliche Vorprüfung bestand ich am 25. August 1978 und den ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung am 30. August 1979 in Marburg.
Im Wintersemester 1979/80 setzte ich mein Studium an der Eberhard-Karls-Universität Tübingen fort.
Den zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung bestand ich am 19. März 1982 und den dritten am 22. April 1983 in Tübingen.

Offsetdruck Spengler
Lessingstraße 4 · 7401 Neustetten 1
Telefon (0 74 72) 2 21 45